



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

اثربخشی آموزش مثبت‌اندیشی بر ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان در زنان باردار

استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

سیده علیا عمادیان*^{id}

emadian2012@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پدیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۰۴

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۰۵

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۲ پیاپی ۱۱ | ۴۸۲-۴۹۵
تابستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(عمادیان، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

عمادیان، سیده علیا. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مثبت‌اندیشی بر ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان در زنان باردار. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۲) پیاپی ۱۱: ۴۸۲-۴۹۵.

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مثبت‌اندیشی بر ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان در زنان باردار نخست‌زای شهر ساری است. **روش:** روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان باردار نخست‌زای شهر ساری در پاییز سال ۱۳۹۸ بود. نمونه‌آماري در این پژوهش شامل ۳۰ زنان باردار (۱۵ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه آزمایش) که به شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه خودکارآمدی زایمان لوئی (۱۹۹۳) و پرسشنامه ترس به زایمان هارمن (۱۹۸۸) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌ها: نتایج به دست آمده از پژوهش بیانگر آن است که آموزش مثبت‌اندیشی بر ترس از زایمان ($F=109/25, P=0/001$) و خودکارآمدی زایمان ($F=80/19, P=0/001$) در زنان باردار نخست‌زای تأثیر مثبت داشته است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت آموزش مثبت‌اندیشی به عنوان یک درمان مؤثر بر ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان در زنان باردار است که می‌تواند مورد استفاده روانشناسان و مشاوران قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: مثبت‌اندیشی، ترس از زایمان، خودکارآمدی زایمان، زنان باردار نخست‌زای

مقدمه

از لحاظ تاریخی، بارداری دوره‌ای از لذت و تکامل به شمار می‌رود (سربندی، محمدخانی و مرادی، ۱۳۹۳) و موقعیتی است که در آن چالش‌های جسمی و روانی زیادی برای زنان باردار و همسرانشان وجود دارد (دانکن و بارادایک، ۲۰۱۰). زمانی که زنی باردار است، انواعی از سؤالات منطقی و غیرمنطقی در ذهنش ایجاد می‌شود و این کاملاً مسئله‌ای طبیعی است. متأسفانه، نگرانی به طور طبیعی در بسیاری از مادران باردار وجود دارد؛ همه زنان باردار دوست دارند مادران خوبی باشند تا فرزندشان، آنها را دوست داشته باشند و مادران دیگر، آنها را تحسین کنند. هر زنی که تا به حال باردار بوده می‌داند که در طول نه ماه بارداری، تغییراتی در بدن اتفاق می‌افتد و این، امری کاملاً طبیعی است. علاوه بر تغییرات بدنی، تغییرات ذهنی و هیجانی نیز وجود دارد. تغییرات جسمی و ذهنی که یک زن باردار تجربه می‌کند، می‌تواند بر سطح استرس او اثر بگذارد. در این زمینه، زنان باردار با مجموعه‌ای از نگرانی‌های صحیح و حتی غلط، روبه‌رو می‌شوند (ویلیامز، ۲۰۱۳). با توجه به این نگرانی‌های، واضح است که یک رویکرد یکپارچه برای کاهش مشکلات دوران بارداری، که دارای تمرینات ذهنی و بدنی جهت مداخلات رفتاری مناسب در دوران پیش از زایمان باشد، کمک می‌کند. تا بارداری سالم‌تر و عوارض زایمان کمتری ایجاد شود. این رویکرد ممکن است باعث ارتقاء فرزند پروری سالم و سلامت جسمی و رشد هیجانی_ اجتماعی کودک شود. یکی از این رویکردها، برای کاهش مشکلات دوران بارداری، آموزش مثبت اندیشی است. آموزش مثبت اندیشی، مطالعه‌ی علمی هیجان‌ات مثبت، صفات فردی مثبت و ساختارهایی است که این رشد را موجب می‌شوند (سلیگمن و کایتزمنیهالی، ۲۰۱۴). در رویکرد آموزش مثبت اندیشی، برخلاف سایر رویکردها که تمرکزشان روی مشکلات و ضعف‌ها است، افزایش هیجان مثبت و ارتقای معنای زندگی مورد تأکید و توجه است. مداخلات مثبت نگر از مجموعه‌ای از تکنیک‌هایی که بر مبانی مؤثری چون صمیمیت، همدلی دقیق، اعتماد اولیه، اصالت و تفاهم تأکید دارد؛ استفاده می‌کند (کامپتان، ۲۰۱۷).

از متغیرهای پژوهش که می‌تواند تحت تأثیر آموزش مثبت اندیشی قرار گیرد، ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان است. حدود ۸۰ درصد زنان راجع به زایمان نگرانند، اما تنها ۶ تا ۱۰ درصد کل زنان باردار، مبتلا به ترس شدید از زایمان هستند (قضایی و داودی، ۱۳۹۴). تخمین زده می‌شود که از بین هر ۵ زن باردار، یک نفر دچار ترس از زایمان است (علی پور، حاجی‌زاده، وفایی، ۲۰۱۱) بنابراین ترس از زایمان در یک پیوستار از ترس منطقی تا ترس شدید قرار دارد. اکثر زنان به ویژه زنان نخست‌زا به خاطر ناآشنا بودن با فرایند زایمان، یک ترس منطقی را تجربه می‌کنند. به طور طبیعی، این ترس در طول بارداری و زایمان کنترل می‌شود. اما ترس غیرطبیعی از زایمان بدترین چیزی است که می‌تواند اتفاق بیفتد. ترس شدید از زایمان در تمام طول بارداری همراه زن است، ذهن او را مشغول می‌کند و باعث می‌شود تا نتواند با فرایند زایمان مقابله کند (سالومونسون، ویژما و آلهانگن، ۲۰۱۳). ترس از زایمان به عنوان ارزیابی شناختی منفی از زایمان، احساس ترس و اضطراب هنگام مواجهه با زایمان، احساس‌های بسیار منفی نسبت به زایمان و ترس نابهنجار و اجتناب از زایمان طبیعی یا توکوفوبیا تعریف می‌شود (سالومونسون، ۲۰۱۲). محققان به این نتیجه دست یافتند که ترس از درد، ترس از مرگ، ترس از مشکلات غیرمنتظره، خودکارآمدی ضعیف زایمان، نگرانی راجع به مشکلات جنسی پس از زایمان و نگرانی راجع به سلامتی نوزاد از جمله دلایل عمده‌ی ترس از زایمان می‌باشند (سیدسجو، سیدسجو، گانرویک، بلاده و جوزفسون، ۲۰۱۳). در اغلب زنان

ترس زایمان همراه با افزایش درد، زایمان طولانی و تجربه ناخوشایند زایمانی است. ترس از زایمان علاوه بر اثرات جسمی با افسردگی، اضطراب و اختلالات تغذیه‌ای ارتباط معنادار دارد (خرسندی و ناصر زاده، ۲۰۱۴). زنانی که ترس زایمان را تجربه می‌کنند، از نظر افزایش مداخلات جراحی و عواقب زایمانی بسیار آسیب‌پذیر هستند. در برخی تحقیقات شایع‌ترین علت تقاضای زنان نخست‌زا برای انجام سزارین، ترس از زایمان بوده است (نجفی و ابوذری، ۱۳۹۴).

همچنین در یک نمونه‌ی صد نفری از زنان مبتلا به ترس از زایمان، دومین دلیل عمده که توسط ۶۵ درصد از آن‌ها ذکر می‌شود، احساس ناتوانی برای زایمان کردن است (اسجوگرن، ۲۰۱۵). خودکارآمدی، اعتقاد شخص به توانایی‌های خود برای انجام یک رفتار تعریف می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودکارآمدی در یک امر خاص، یا کنترل ادراک شده در یک رفتار خاص، جزء کلیدی انگیزش است و احتمال آن رفتار را افزایش می‌دهد (آژزن، ۲۰۱۵). خودکارآمدی پایین زایمان باعث می‌شود تا زنان هنگام زایمان کمتر در راهبردهای رفتاری کاهش درد متوسل شوند و بنابراین به احتمال زیاد پیشگویی آن‌ها تحقق می‌یابد (گاسکوسکا، ۲۰۱۴). در واقع خودکارآمدی بالای زایمان، درد ادراک شده در طول زایمان را کاهش می‌دهد. به نظر برخی از پژوهشگران آنچه که باعث ترس از زایمان مادر باردار می‌شود هراس وی از یک پدیده‌ی طبیعی به علت عدم آگاهی از مراحل و ماهیت انقباضات رحمی و حتی داشتن اطلاعات نادرست و غلط است (قضایی و داودی، ۱۳۹۴). زنانی که خودکارآمدی پایینی در زایمان دارند، می‌ترسند با رفتار نامناسب خود در طول زایمان به نوزاد آسیب برسانند و یا این که نتوانند به خوبی با درد زایمان مقابله کنند (فیشر، هاوک، فنویک، ۲۰۱۳). خودکارآمدی پایین زایمان باعث می‌شود تا زنان هنگام زایمان کمتر در راهبردهای رفتاری کاهش درد درگیر شوند و بنابراین به احتمال بیشتری پیشگویی آن‌ها تحقق می‌یابد (قضایی و داودی، ۱۳۹۵). در همین راستا رضایی و اولادریستم (۱۳۹۶) در پژوهشی متوجه شدند که آموزش مثبت اندیشی باعث کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران عروق کرونر قلب گردید. در چنین شرایطی آموزش راجع به زایمان تا حد زیادی می‌تواند این هراس را بر طرف کرده و مادران را به سمت زایمان طبیعی سوق دهد. مطالعات زیادی سعی داشته‌اند تا با آموزش‌های روانی ارائه شده توسط ماماها و مراقبین سلامت، ترس از زایمان و متعاقب آن، تعداد سزارین‌های انتخابی را کاهش دهند (سالملارو و هالمسماکی، ۲۰۱۲). یکی از این رویکردها آموزش مثبت اندیشی است. با توجه به اهمیت تأثیر آموزش‌ها و مراقبت‌های دوران بارداری بر سلامتی مادران باردار و نوزادان به عنوان جمعیت آسیب‌پذیر و عوارض ذکر شده ناشی از مشکلات دوره بارداری برای مادر و نوزاد، همچنین با در نظر گرفتن این موضوع که تاکنون در ایران مطالعه‌ای پیرامون اثربخشی آموزش مثبت اندیشی بر ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان و عوامل زمینه‌ساز آن مشاهده نشده است، بنابراین هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به سؤالات زیر است:

۱. آیا آموزش مثبت اندیشی بر ترس از زایمان و خودکارآمدی زنان باردار در مرحله پس از زایمان مؤثر

است؟

۲. آیا آموزش مثبت اندیشی بر ترس از زایمان و خودکارآمدی زنان باردار در مرحله پیگیری پایدار

است؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان باردار نخست‌زا شهر ساری در پاییز سال ۱۳۹۸ خواهند بود. نمونه آماری در این پژوهش شامل ۳۰ زنان باردار (۱۵ نفر برای گروه کنترل و ۱۵ نفر برای گروه آزمایش) که به شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس از بیمارستان شفای ساری انتخاب شدند. پژوهشگر پس از اخذ تأییدیه اخلاقی و کسب مجوزهای رسمی از مراکز زنان باردار نخست‌زا شهر ساری، با حضور در مراکز ضمن معرفی خود، ۳۰ نفر از زنان باردار نخست‌زا، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب کرد. سپس ۱۵ نفر برای شرکت در هر کدام از گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت تصادفی انتخاب شدند، سپس پرسشنامه‌های پژوهش در بین آن‌ها توزیع شد. همچنین معیار ورود عبارت بود از، دامنه سنی بین ۱۷ تا ۳۳ سال، تحصیلات دیپلم و بالاتر از آن و علاقه به شرکت در پژوهش. و معیارهای خروج عبارت بود از داشتن سابقه بیماری‌های شدید روانپزشکی، و داشتن مشکلات شدید سلامتی به طوری که مانع حضور مؤثر در دوره آموزشی گردد.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه ترس از زایمان. پرسشنامه ترس به زایمان^۱ CAQ که توسط هارمن^۲ (۱۹۸۸) در ۱۶ سؤال ساخته شده است و توسط لوئی مورد بازنگری قرار گرفته است، برای سنجش ترس از زایمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این پرسشنامه پاسخ سؤالات به صورت طیف لیکرت ۴ تایی (اصلاً، خیلی کم، متوسط، زیاد) است که برای هر سؤال به ترتیب پاسخی بین یک تا چهار در نظر گرفته شده است. به این ترتیب امتیازها دامنه ۱۴ تا ۵۶ را شامل می‌شود. نمره بیشتر نشان دهنده ترس بیشتر است. با توجه به این که در مورد ترس زایمان نمره برشی و جود نداشت، در تعیین نمره برش، تحقیقات مشابه خارج از کشور مورد توجه قرار گرفت و نمره میانه (یعنی ۲۸ یا بیشتر) به عنوان ترس از زایمان در نظر گرفته شد. پرسشنامه اصلی دارای ۱۶ سؤال بود. با توجه به نظر پانل خبرگان دو سؤال حذف و پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال مورد استفاده قرار گرفت. به منظور تعیین هم‌سوایی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و هم‌سوایی درونی پرسشنامه ترس زایمان ۰/۸۴ محاسبه گردید. ضریب پایایی آلفای کرونباخ گزارش شده توسط هیرسچی و موریس (۲۰۰۲) برابر ۰/۸۶ است.

۲. فرم کوتاه پرسشنامه خودکارآمدی زایمان. پرسشنامه و مقیاس خودکارآمدی زایمان^۳ توسط لوئی^۴ (۱۹۹۳) ساخته شده است. طبق تئوری خودکارآمدی بندورا خودکارآمدی زایمان ابزاری است که توسط خود فرد تکمیل می‌گردد. با توجه به اینکه زنان ایرانی قادر به تمایز مرحله اول و دوم زایمان نبودند با کسب مجوز از مؤلف فرم بلند پرسشنامه به صورت فرم کوتاه بومی‌سازی شد فرم کوتاه و دارای ۱۷ سؤال است. که انتظار خودکارآمدی مربوط به زایمان را می‌سنجد. با جمع نمرات خودکارآمدی آیت‌ها، نمره کل خودکارآمدی به دست می‌آید در این پرسشنامه پاسخ سؤالات به صورت طیف لیکرت ۱۰ تایی (کاملاً نامطمئن = ۱ تا کاملاً مطمئن = ۱۰) است که برای هر سؤال به ترتیب پاسخی بین ۱ تا ۱۰ در نظر گرفته شده است. به این ترتیب امتیازها دامنه ۱۷ تا ۱۷۰ را شامل می‌شود. نمره بیشتر نشان دهنده خودکارآمدی زایمان بیشتر است. نتایج تحقیق نشان داد که پرسشنامه خودکارآمدی زایمان از هم‌سوایی درونی بالایی

1. Childbirth Attitude Questionnaire

2. Hartman

3. the Short Form of Iranian Childbirth Self Efficacy Inventory

4. Lowe

۰/۸۴ الی ۰/۹۱ برخوردار است (لوئی، ۱۹۹۳). در پژوهش خورسندی، اصغری جعفرآبادی، جهانی، رفیعی (۲۰۱۱) این پرسشنامه برای ۳۸۳ زنان باردار نخست‌حامله و چند زای مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مراقبت‌های بارداری بیمارستان دولتی آموزشی زنان و زایمان و مراکز بهداشتی اجرا شد که نتایج زیر حاصل شد: میانگین نمرات کسب شده خودکارآمدی و انتظار پیامد به ترتیب ۱۱۲/۷ و ۱۳۴/۵۵ بود.

۳. روان‌درمانی مثبت‌گرا. محتوای جلسات آموزش بر اساس پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرا اوهانلون و برتولینو (۲۰۱۲) برای گروه آزمایش به مدت هشت جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) به شیوه گروهی، تنظیم و تحت آموزش مثبت‌نگر قرار گرفتند؛ در حالی که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. کلیه مراقبه‌های لازم جهت تکالیف خانگی هفتگی به صورت سی‌دی به شرکت‌کنندگان ارائه شد. در صورتی که هر یک از افراد در جلسه یا جلساتی شرکت نمی‌کردند، درمانگر در ابتدای جلسه بعد، علاوه بر تکرار خلاصه جلسه قبل، جزوه خلاصه آن جلسه را نیز در اختیار آن افراد قرار می‌داد. محتوای جلسات آموزشی عبارتند بودند از: در هشت جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برای گروه آزمایش تنظیم و ارائه شد که در جدول ۱ خلاصه جلاست گزارش شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش بر اساس پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرا

جلسه	محتوای جلسات و فعالیت‌های انجام شده
اول	معرفی برنامه آموزشی مثبت‌نگر؛ آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با مربی و آشنایی با قوانین گروه؛ علت انتخاب افراد؛ توضیح روانشناسی و بسته‌ی مثبت‌نگر و آشنایی با اولین اصل بسته‌ی مثبت‌نگر؛ یعنی اصل هدف و معنا و انجام تمرین‌های مربوطه. این جلسه شامل آموزش شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف؛ ارزش‌ها و اهداف خلاقیتی، ارزش‌ها و اهداف تجربی، ارزش‌ها و اهداف نگرشی، تمرکز بر اهداف و ارزش‌ها، متناسب ساختن اهداف با ارزش‌ها، تعیین اهداف جدید برای زندگی، تسهیل انتخاب هدف و ایجاد ظرفیت تغییر، برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف و ارزش‌ها.
دوم	آشنایی با دومین اصل بسته‌ی روانشناسی مثبت‌نگر، یعنی خوش‌بینی و انجام تمرین‌های اصل خوش‌بینی، بدبینی، سلامت روانی. این جلسه شامل آموزش در زمینه افزایش هیجانات مثبت در زمان حال (انجام اموری که باعث خوش‌بینی، شادی و لذت از زندگی می‌شود)، بحث گفتگو درباره عدم وجود هیجانات مثبت همچون بدبینی و در نتیجه ایجاد آسیب‌های روانی. افزایش هیجانات در زمان گذشته؛ به طوری که فرد وقتی به گذشته خود بنگرد از رفتار و عملکرد خود در گذشته راضی و خرسند باشد. افزایش هیجانات مثبت همچون خوش‌بینی در زمان آینده؛ یعنی امید به آینده و انتظار داشتن نتایج مثبت در آینده (خوش‌بینی).
سوم	آشنایی با سومین اصل، یعنی اصل ارتباطات و انجام تمرین‌های اصل ارتباطات. این جلسه شامل آموزش؛ توانایی برقراری رابطه و ارتباطات یاورانه، روانشناختی و عاطفی، گوش دادن فعال، مشغولیت عاطفی و هیجانی یا همدلی و کمک‌های اثربخش که اساس گفتگو و ارتباط راه‌حل مدار را تشکیل می‌دهد، صمیمیت عاطفی، صمیمیت روان‌شناختی، صمیمیت عقلانی، صمیمیت فیزیکی، صمیمیت معنوی- مذهبی، صمیمیت ارتباطی، صمیمیت اجتماعی و تفریحی.
چهارم	آشنایی با چهارمین اصل بسته‌ی مثبت‌نگر، یعنی اصل سپاسگزاری و قدردانی و انجام تمرین‌های اصل سپاسگزاری. این جلسه شامل آموزش شکرگزاری؛ با تأکید بر تمرکز بر داشته‌ها، حیرت و تشریفات/

شکرگزاری و سپاس؛ با تأکید بر قدردانی، زندگی در زمان حال، تجربه فقدان/مصیبت، ارزش گذاری بر روابط بین فردی.

پنجم آشنایی بیشتر با اصل سپاسگزاری و قدردانی، با انجام تمرین‌های بیشتر در این زمینه. این جلسه شامل آموزش بخشش و عفو؛ دادن هدیه به فرد مقابل، معنی دادن به رفتار اشتباه او، بررسی نیاز خود به بخشیده شدن، خودداری از به کارگیری هرگونه روش انتقام‌جویانه و کینه ورزانه نسبت به خود، اتخاذ دیدگاه جدید و متفاوت نسبت به فرد مقابل، بررسی احساساتی که افراد در نتیجه ایجاد دیدگاه جدید تجربه می‌کنند.

ششم آشنایی با پنجمین اصل بسته‌ی روانشناسی مثبت نگر، حرف زدن و انجام تمرین‌های اصل مثبت حرف زدن.

هفتم آشنایی با سه اصل آخر بسته‌ی مثبت نگر، یعنی اصول ثروت؛ فعالیت‌های داوطلبانه و ورزش و انجام تمرین‌های مربوط به این اصول. این جلسه شامل آموزش فعالیت‌های بدنی و حرکتی، فعالیت‌های هوازی، فعالیت‌های مبتنی بر ذهن آگاهی.

هشتم گرفتن پس آزمون از اعضای گروه قبل از شروع کلاس؛ مرور کل مطالب و نظرسنجی نهایی و برگزاری مراسم اختتامیه.

روش اجرا. ابتدا پژوهشگر پس از اخذ تأییدیه اخلاقی و کسب مجوزهای رسمی از مراکز زنان باردار نخست زا شهر ساری، با حضور در مراکز ضمن معرفی خود، ۳۰ نفر از زنان باردار نخست را بر اساس معیارهای پژوهش، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب کرد. سپس ۱۵ نفر برای جایگزینی در هر کدام از گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت تصادفی انتخاب شدند، سپس پرسشنامه‌های پژوهش در بین آن‌ها توزیع شد. در اجرای مداخله، گروه آزمایش به مدت هشت جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) به شیوه گروهی، تحت آموزش مثبت نگر قرار گرفتند؛ در حالی که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد سپس از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد؛ جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی پاسخ‌دهندگان نشان داد که ۸ نفر از گروه آزمایش و ۷ نفر از گروه کنترل در گروه سنی ۱۷ تا ۲۲ سال، ۵ نفر از گروه آزمایش و ۵ نفر از گروه کنترل در گروه سنی ۲۳ تا ۲۸ سال و ۲ نفر از گروه آزمایش و ۳ نفر از گروه کنترل در گروه سنی ۲۹ تا ۳۳ سال قرار دارند. همچنین ۷ نفر از گروه آزمایش و ۸ نفر از گروه کنترل دارای مدرک تحصیلی دیپلم و فوق دیپلم، ۴ نفر از گروه آزمایش و ۲ نفر از گروه کنترل دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۴ نفر از گروه آزمایش و ۵ نفر از گروه کنترل دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس می‌باشند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در بعد و قبل از آموزش مثبت اندیشی

متغیر گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	
	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار

۱/۷۷	۲۱/۹۴	۱/۸۶	۲۲/۰۶	۰/۸۸	۲۸/۹۳	آزمایش	ترس از زایمان
۱/۴۰	۲۸/۳۳	۱/۴۵	۲۸/۴۰	۰/۹۱	۲۹/۱۳	گواه	
۹/۰۰	۱۹/۱۴	۸/۹۴	۱۱۸/۲۷	۴/۷۹	۹۳/۴۷	آزمایش	خودکارآمدی
۶/۰۰	۹۴/۲۰	۶/۰۷	۹۴/۶۷	۴/۵۷	۹۳/۲۰	گواه	زایمان

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان در زنان باردار نخست‌زا شهر ساری در بعد از آموزش مثبت اندیشی بهتر از قبل آموزش مثبت اندیشی است.

جدول ۲. نتایج آزمون مفروضه‌های آماری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	شاپیرو-ویلک		آزمون لوین		موخلی	
		Z	معناداری	F	معناداری	W	سطح معناداری
ترس از زایمان	آزمایش	۰/۹۳	۰/۱۷	۱/۴۸	۰/۱۷	۲/۳۰	۰/۶۸
	گواه	۰/۹۴	۰/۱۳				
خودکارآمدی زایمان	آزمایش	۰/۹۱	۰/۰۹	۰/۳۸	۰/۴۰	۳/۴۱	۰/۷۵
	گواه	۰/۹۲	۰/۱۰				

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان) است. همچنین آماره W موخلی برای متغیرهای ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار گزارش نشد. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته تفاوت ندارد؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت شده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله

منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
ترس از زایمان	مراحل مداخله	۲۹۴/۶۱	۱	۲۹۴/۶۱	۱۱۷/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	مراحل × گروه	۶۲/۵۰	۱	۶۲/۵۰	۲۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	گروه	۳۰۴/۱۷	۱	۳۰۴/۱۷	۱۰۹/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۸۰
خودکارآمدی	مراحل مداخله	۴۰۸۱/۵۴	۱	۴۰۸۱/۵۴	۷۷/۹۶	۰/۰۰۰	۰/۷۵
زایمان	مراحل × گروه	۱۳۰۸/۸۲	۱	۱۳۰۸/۸۲	۶۸/۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	گروه	۴۱۱۳/۳۱	۱	۴۱۱۳/۳۱	۸۰/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۷۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تعامل مراحل با گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در نمره ترس از زایمان ($P=0.001, F=109.25$) با اندازه اثر ۰/۸۰ و بر نمره خودکارآمدی زایمان ($P=0.001, F=80.19$) با اندازه اثر ۰/۷۴ مؤثر بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش آزمون - پس آزمون			پیش آزمون - پیگیری			پس آزمون - پیگیری		
	تفاوت	انحراف	سطح	تفاوت	انحراف	سطح	تفاوت	انحراف	سطح
ترس از زایمان	۲/۷۰	۱/۰۱	۰/۰۰۱	۲/۸۰	۱/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۴۱	۰/۹۷
خودکارآمدی	۲/۱۵	۰/۹۳	۰/۰۰۱	۱/۹۰	۰/۷۴	۰/۰۰۳	۰/۲۵	۰/۱۸	۰/۹۲

در جدول ۴ نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان انجام شد. بر طبق نتایج به دست آمده مشخص شد که آموزش مثبت اندیشی بر ترس از زایمان در زنان باردار نخست‌زا مؤثر است. این یافته در راستای نتایج پژوهش قضایی و داودی (۱۳۹۴) و یوسف‌وند (۱۳۹۷) قرار داشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مثبت‌نگری به جای تأکید بر عواطف منفی از جمله ترس از زایمان، عواطف مثبت را بررسی کند و به جای انگشت گذاشتن بر نقاط ضعف و دیدگاه منفی خود انسان به توانمندی انسان توجه کند؛ و برای دستیابی به آن به آزمودنی یاد می‌دهد که، باید برنامه‌ریزی و تلاش کرد. به باور سلیگمن (۲۰۰۵) مثبت‌اندیشی به آن معنا نیست که به مشکلات توجه نکنید یا بی‌دلیل و به صورت کاذب خوش‌بین باشید. ایده آل آن است که مشکلات را یادداشت کنید و سپس به جای آنکه در حلقه‌های فلج‌کننده احساسات ناخوشایند، به دام بیفتید، دست به کار حل مشکلات شوید؛ بنابراین مثبت‌اندیشی به جای توجه مفرط به ناتوانی‌ها و ضعف‌های بشری بر توانایی‌های انسان مثل شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسئله و خوش‌بینی متمرکز می‌شود، لذا باعث افزایش نشاط و شادکامی در آزمودنی‌ها خواهد شد (حیدرآبادی، شکوه‌نوبی‌نژاد، ۱۳۹۳). از طرف دیگر، آموزش روانشناسی مثبت‌گرا به افراد، به منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، دیگران و دنیا و نیز افزایش خشنودی از زندگی انجام می‌گیرد. تا افراد خود را بهتر شناخته و تجربه‌های مثبت خود را بازشناسند و به نقش این تجارب مثبت در افزایش ارتقای احترام به خود پی ببرند. توجه به نقاط مثبت و تجارب خوب گذشته، احتمال بروز برداشتهای مثبت‌تر از خویش و دیگران را افزایش می‌دهد و همین امر سبب می‌شود که افراد قادر به پذیرش مسئولیت بیشتری در مورد ارزش خود شوند و به درک کامل‌تری از خویش نائل آیند (آلگو و همکاران، ۲۰۰۸)؛ که در نتیجه باعث کاهش ترس از زایمان در فرد می‌شود. در همین راستا یوسف‌وند (۱۳۹۷) در بررسی تأثیر

بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق با هدف اثربخشی آموزش مثبت اندیشی بر ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان در زنان باردار انجام شد. بر طبق نتایج به دست آمده مشخص شد که آموزش مثبت اندیشی بر ترس از زایمان در زنان باردار نخست‌زا مؤثر است. این یافته در راستای نتایج پژوهش قضایی و داودی (۱۳۹۴) و یوسف‌وند (۱۳۹۷) قرار داشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مثبت‌نگری به جای تأکید بر عواطف منفی از جمله ترس از زایمان، عواطف مثبت را بررسی کند و به جای انگشت گذاشتن بر نقاط ضعف و دیدگاه منفی خود انسان به توانمندی انسان توجه کند؛ و برای دستیابی به آن به آزمودنی یاد می‌دهد که، باید برنامه‌ریزی و تلاش کرد. به باور سلیگمن (۲۰۰۵) مثبت‌اندیشی به آن معنا نیست که به مشکلات توجه نکنید یا بی‌دلیل و به صورت کاذب خوش‌بین باشید. ایده آل آن است که مشکلات را یادداشت کنید و سپس به جای آنکه در حلقه‌های فلج‌کننده احساسات ناخوشایند، به دام بیفتید، دست به کار حل مشکلات شوید؛ بنابراین مثبت‌اندیشی به جای توجه مفرط به ناتوانی‌ها و ضعف‌های بشری بر توانایی‌های انسان مثل شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسئله و خوش‌بینی متمرکز می‌شود، لذا باعث افزایش نشاط و شادکامی در آزمودنی‌ها خواهد شد (حیدرآبادی، شکوه‌نوبی‌نژاد، ۱۳۹۳). از طرف دیگر، آموزش روانشناسی مثبت‌گرا به افراد، به منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، دیگران و دنیا و نیز افزایش خشنودی از زندگی انجام می‌گیرد. تا افراد خود را بهتر شناخته و تجربه‌های مثبت خود را بازشناسند و به نقش این تجارب مثبت در افزایش ارتقای احترام به خود پی ببرند. توجه به نقاط مثبت و تجارب خوب گذشته، احتمال بروز برداشتهای مثبت‌تر از خویش و دیگران را افزایش می‌دهد و همین امر سبب می‌شود که افراد قادر به پذیرش مسئولیت بیشتری در مورد ارزش خود شوند و به درک کامل‌تری از خویش نائل آیند (آلگو و همکاران، ۲۰۰۸)؛ که در نتیجه باعث کاهش ترس از زایمان در فرد می‌شود. در همین راستا یوسف‌وند (۱۳۹۷) در بررسی تأثیر

مداخله آموزشی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر میزان ترس زایمان طبیعی زنان باردار نشان داد که بین نمره سازه‌های نگرش و نیز کنترل رفتار درک شده با ترس زایمان همبستگی معکوس و معنی‌داری مشاهده شد. نگرش مهم‌ترین متغیر پیش‌گویی کننده ترس زایمان بود. قبل از مداخله گروه‌ها از نظر سازه‌های تئوری اختلاف معنی‌داری نداشتند اما پس از مداخله یافته‌ها اختلاف آماری معنی‌داری بین تغییر نمرات آگاهی، ترس، نگرش، کنترل رفتار درک شده، قصد انجام زایمان به روش طبیعی و به دنبال آن انجام زایمان به روش طبیعی، را در بین دو گروه نشان داد. همچنین قضایی و داودی (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از زایمان، ترس از درد، خودکارآمدی زایمان و تمایل به سزارین زنان نخست‌زا نشان داد که ترس از زایمان، ترس از درد، تمایل به سزارین و سزارین در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافت همچنین خودکارآمدی زایمان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل یافت درمان شناختی رفتاری از طریق کاهش ترس از زایمان، ترس از درد و افزایش خودکارآمدی زایمان، سزارین‌های غیرضروری را کاهش می‌دهد.

همچنین نتایج نشان داد که آموزش مثبت اندیشی بر خودکارآمدی زایمان در زنان باردار نخست‌زا مؤثر است. این یافته در راستای نتایج پژوهش شورلر و همکاران (۲۰۱۴)، لیوبومرسکی و الیوس (۲۰۱۳) قرار داشت. در تبیین نتایج فوق، می‌توان گفت توجه به ویژگی‌ها و جنبه‌های مثبت رفتارها به جای تمرکز بر نقاط ضعف و جنبه‌های منفی رفتار حائز اهمیت است. وقتی فرد، ارزیابی مثبتی از خود و دیگران و زندگی داشته باشند، احساس ارزشمندی بیشتری می‌کند. برای این که آن‌ها به چنین دیدگاهی برسند بایستی از خصوصیات مثبت، توانایی‌ها، زیبایی‌ها و استعداد‌های خاص خودآگاه شده و به آن‌ها احترام بگذارند و از داشتن این ویژگی‌ها احساس رضایت کنند. همچنین آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی به آنان کمک می‌کند تا خود را بهتر بشناسند و پیرامون نظر خود درباره‌ی خویشتن و جهان کنجکاوی کنند. در آموزش خوش‌بینی و مثبت اندیشی، دانش آموزان تشویق می‌شوند تا تجربه‌های مثبت و خوب را بازشناسند و نقش آن‌ها را در افزایش و ارتقای احترام خود بازشناسی کنند و توانایی شناخت جنبه‌های مثبت دیگران را کسب نمایند. آنان همچنین می‌آموزند تا در جهان موضعی فعال اتخاذ کنند و زندگی خود را شخصاً شکل دهند، نه این که هر آنچه بر سرشان می‌آید را به گونه‌ای منفعل بپذیرند. مثبت اندیشی به فرد کمک می‌کند تا در مقایسه با آنچه که دیگران از او انتظار دارند، موفقیت بیشتری در زندگی و محیط کار به دست بیاورد (اصغری راد و شهریار، ۱۳۹۳)، که مجموع این عوامل باعث افزایش خودکارآمدی زایمان در زنان باردار نخست‌زا می‌گردد. در همین راستا شورلر و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با هدف اثربخشی درمان‌های مبتنی بر مداخلات مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر، به این نتیجه دست یافتند که میزان اثربخشی درمان‌ها و مداخله‌های مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر بر علائم و نشانه‌های اختلالات و مشکلات روانشناختی و عاطفی بالاتر از متوسط بوده است. همچنین لیوبومرسکی و الیوس (۲۰۱۳) معتقدند که مداخله‌های مثبت‌گرا از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق، تعلق خاطر و ارتباط باعث کاهش افسردگی و احساس بهزیستی روانشناختی در افراد می‌شود.

تحقیق حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. مهم‌ترین محدودیت این پژوهش مربوط به روایی بیرونی است؛ چراکه جامعه آماری این پژوهش گروه خاصی از جامعه یعنی کلیه زنان باردار نخست‌زا شهر ساری

در سال ۱۳۹۸ بودند، لذا امکان تعمیم نتایج به کل جامعه با محدودیت روبرو است (محدودیت مکانی و زمانی). دشواری دسترسی به پاسخ‌گویان و جلب رضایت آنان جهت تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش از دیگر محدودیت‌های تحقیق بود. همچنین میزان اعتماد به روش معمول، یعنی داده‌های مبتنی بر پرسشنامه‌های خود گزارشی برای سنجش متغیرها؛ چراکه در چنین روشی تظاهرات رفتاری در نتیجه پژوهش تأثیرگذار خواهد بود (محدودیت ابزار). بر اساس نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود، خدمات مشاوره‌ای و درمانی روانشناسی مثبت‌نگر، به زنان در ترس‌های زایمان و سایر اعضای خانواده آن‌ها ارائه شود. با توجه به تأثیرات مثبتی که شیوه آموزش درمانی مثبت‌گرا بر خودکارآمدی زایمان در زنان باردار دارد، پیشنهاد می‌شود وزارت بهداشت و درمان اقدام به برگزاری دوره‌های آموزشی (هفته ۲ ساعت) در تمام بیمارستان‌های کشور، تا از فواید آن بهره‌مند شوند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از نمونه‌ای با حجم وسیع‌تر استفاده شود تا به واسطه خطای آماری کمتر از یکسو و میزان معناداری واقعی از سوی دیگر بتوان با اطمینان بیشتری در مورد خصایص جامعه مذکور اظهار نظر نمود. همچنین به منظور ارزیابی‌های دقیق‌تر، شایسته است که از ابزارهای نوروسایکولوژیک در کنار پرسشنامه‌ها یاری جست. در اجرای پژوهش مشابه از ابزاری متفاوت (مصاحبه، مشاهده) استفاده شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از کارکنان بیمارستان شفای شهر ساری و تمام زنان نخستین‌زا که در این پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اصغری راد، علی‌اکبر، و شهریاری، وحید. (۱۳۹۳). آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر خودکارآمدی و عزت‌نفس معلولین، اولین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم رفتاری، تهران.
- جباری، مهسا، شهیدی، شهریار، و موتابی، فرشته. (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۰(۴)، ۷۸۲-۷۱۲.
- حیدرآبادی، زهرا، نوابی نژاد، شکوه، دلاور، علی، و شفیق‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر افزایش شادکامی و سخت‌رویی مادران دارای فرزند نابینا. فصلنامه افراد استثنایی، ۴(۶۹)، ۹۵-۱۱۳.

رستگاری، لایلا، محبی، پروین، و مظلوم زاده، سعیده. (۱۳۹۲). تأثیر کلاس‌های آمادگی برای زایمان بر روی خودکارآمدی درک شده‌ی زایمان در زنان زایمان کرده. دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۲۱ (۸۶)، ۱۰۵-۱۱۲.

رضایی، سهیلا، و اولادپرستم، نیلوفر. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر آموزش مثبت اندیشی بر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران عروق کرونر قلب. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۵ (۵)، ۳۴۸-۳۳۹.

زرکلام، طاهره. (۱۳۹۳). اثربخشی مشاوره شغلی با رویکرد فراغت محور بر سلامت روان و شادکامی زنان میانسال. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات اراک.

سربندی، مهناز، محمدخانی، شهرام، و مرادی، علیرضا. (۱۳۹۳). اثر آموزش برنامه زایمان و فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب بارداری و رضایت زناشویی زنان باردار. مجله علوم رفتاری، ۸ (۴)، ۳۸۱-۳۷۵.

عادل، آذین. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش بهداشت روانی مادر- کودک بر اضطراب بارداری و سلامت روان مادران باردار نخست زا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز.

قضایی، مریم، و داودی، ایران. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از زایمان، ترس از درد، خودکارآمدی زایمان و تمایل به سزارین زنان نخست زا. مجله زنان مامایی، ۱۹ (۳۱)، ۱-۱۲.

معاشری، نرگس، شریف‌زاده، غلامرضا، سلطان‌زاده، وحیده، خسروی گیوشار، زهرا، و رخشانی زابل، فاطمه. (۱۳۹۴). رابطه ترس از درد، ترس از زایمان و نگرش به سزارین با روش ارجح زایمان در زنان باردار مجله‌ی زنان، مامایی و نازائی ایران، ۱۸ (۷۹)، ۸-۱۶.

مؤمنی، عطالله. (۱۳۹۳). مقایسه انگیزه پیشرفت و خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان پسر مقطع متوسطه خانواده‌های فرهنگی و کارکنان شرکت مس شهر بابک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

نجفی، فاطمه، و ابوذری، کبری. (۱۳۹۴). ارتباط شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان با ترس و نوع زایمان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، ۲۱ (۴)، ۴۰-۳۰.

یوسفی، علیرضا، و خیام‌نکویی، زهره. (۱۳۸۹). مبانی آموزش‌های شناختی- رفتاری و کاربرد آن در بهبود بیماری‌های مزمن. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی (ویژه‌نامه توسعه آموزش)، ۱۰ (۵)، ۷۹۲-۸۰۰.

یوسف‌وند، منیر. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر میزان ترس زایمان طبیعی زنان باردار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی اراک.

References

- Ajzen, I. (2015). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50 (2), 179-211.
- Algoe, S. B., Haidt, J., & Gable, S. L. (2008). Beyond reciprocity: Gratitude and relationships in everyday life. *Emotion*, 8, 425.
- Duncan LG, Baradacke N. (2010). Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness during the Perinatal Period. *J Child Fam Stud*; 19: 190-202.
- Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. (2013). How social context impacts on wom' s fears of childbirth: a western Australian example. *Soc Sci Med*; 63 (1): 64-75.
- Gillham, J. E. (2015). Preventing depression in early adolescence: The penn resiliency program. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, New York, NY: Guilford Press, 309-322.
- Guszkowska, M. (2014). The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety, Stress & Coping*, 27 (2), 176-189.

- Khorsandi M, Nasir Zadeh M. (2014). Investigating different factors of fear in normal delivery among pregnant women, in Arak-A cross sectional study. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*; 4 (2): 161-167.
- Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self efficacy inventory. *Research in nursing & health*, 16(2), 141-149.
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 22 (1), 57-62.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2017). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Melender, H. L., & Lauri, S. (2015). Fears associated with pregnancy and childbirth experiences of women who have recently given birth. *Midwifery*, 15 (3), 177-182.
- O'Honlon, B., & Bertolino, B. (2017). *The therapist's notebook on positive psychology*. New York: Routledge.
- Salmela-Aro, K. Halmesmäki, E. (2012). Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *Journal of Health Psychology*, 17 (4), 520-534.
- Salomonsson, B. (2012). Fear is in the air: Midwives' perspectives of fear of childbirth and childbirth self-efficacy and fear of childbirth in nulliparous pregnant women. *Midwifery*, 34 (2), 297-305.
- Salomonsson, B., Wijma, K., & Alehagen, S. (2013). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26 (3), 327-337.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychology*, 61 (8), 774-788.
- Sjögren, B. (2015). Fear of childbirth and psychosomatic support-A follow up of 72 women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 77 (8), 819-825.
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M., & Josefsson, A. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91 (1), 44-49.
- Williams, A. (2013). *Pregnancy without stress*. Edition K, editor.

پرسشنامه ترس از زایمان

ردیف	سؤالات	اصلا	بسیار	متوسط	زیاد
۱	از اینکه کنترل خودم را در زمان زایمان از دست بدهم می ترسم	۱	۲	۳	۴
۲	زایمان کردن واقعا می ترسم.	۱	۲	۳	۴
۳	در مورد زایمان کابوس های شبانه دارم.	۱	۲	۳	۴
۴	از خونریزی زیاد طی زایمان می ترسم.	۱	۲	۳	۴
۵	از اینکه در طی زایمان قادر به همکاری با ماما یا پزشک نباشم، می ترسم.	۱	۲	۳	۴
۶	از نقص عضو کودکم می ترسم.	۱	۲	۳	۴
۷	از تزریقات دردناک می ترسم.	۱	۲	۳	۴
۸	از اینکه در طی دردهای زایمان تنها بمانم می ترسم	۱	۲	۳	۴
۹	از اینکه با زایمان کودکم بخیه بخورم می ترسم	۱	۲	۳	۴
۱۰	از اینکه نوزادم به هنگام زایمان آسیب ببیند می ترسم.	۱	۲	۳	۴
۱۱	از زایمان همراه با درد می ترسم.	۱	۲	۳	۴
۱۲	از محیط بیمارستان می ترسم	۱	۲	۳	۴

۴	۳	۲	۱	۱۳	از اینکه مراقبتی را که می‌خواهم دریافت نکنم می‌ترسم.
۴	۳	۲	۱	۱۴	در مجموع اضطراب زایمان خود را این‌گونه ارزیابی می‌کنم .

پرسشنامه خودکارآمدی زایمان

کاملاً مفید است											اصلاً مفید نیست	گویه
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۱. می‌توانم بدنم را شل سازم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۲. می‌توانم برای هر انقباض آمادگی پیدا کنم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۳. می‌توانم در طی دردهای زایمانی نفس عمیق ک بشم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۴. می‌توانم خودم را کنترل کنم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۵. می‌توانم در مورد آرام سازی فکر کنم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۶. می‌توانم به منظور پرت کردن حواسم به شئی در اتاق متمرکز شوم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۷. می‌توانم خود را خونسرد نگه دارم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۸. می‌توانم فکر خودم را روی نوزادم متمرکز نمایم
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۹. می‌توانم در هر انقباض تسلط خودم را حفظ نمایم .
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۱۰. می‌توانم مثبت فکر کنم .
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۱۱. می‌توانم به درد فکر نکنم .
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۱۲. می‌توانم به خودم بگویم من قادرم آن (زایمان) را انجام دهم .
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۱۳. می‌توانم به سایر افراد خانواده ام فکر کنم.
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۱۴. می‌توانم در زمان وقوع هر انقباض رحمی به گذراندن همان انقباض فکر کنم، نه چیز دیگر.
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۱۵. میتوانم به تشویق فردی که به من در زمان زایمان کمک می‌کند گوش دهم .
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۱۶. می‌توانم اذکار مذهبی (یا لله و ...) را بگویم .
۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		۱	۱۷. می‌توانم در فاصله درد ها قدم بزنم.

The Effectiveness of Positive Thinking Training on Childbirth Fear and Childbirth Self-efficacy in Pregnant Women in Sari

Seyedeh Olia. Emadian^{1*}

Abstract

Aim: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of positive thinking training on childbirth fear, and childbirth self-efficacy in primiparous pregnant women in Sari. **Methods:** The present research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group and a follow-up period. The statistical population of this study will be all primiparous pregnant women in Sari in autumn of 98. The sample included 30 pregnant women (15 for the control group and 15 for the experimental group) who were selected by non-random sampling. Data collection tools were unconditional acceptance questionnaire and cognitive-emotional adjustment questionnaire. Data analysis was performed using spss software version 26. In this study, to analyze the data, to investigate all the hypotheses and to determine the impact of intervention on the experimental group and to evaluate the difference between the two groups in the pre-test and post-test intervals, first use KS to normalize the data and then analyze Analysis of covariance (ANCOVA) was used. **Results:** The results of this study indicate that the training of positive thinking intelligence training has a positive effect on fear of childbirth ($F=109.25$, $P=0.001$) and childbirth self-efficacy ($F=80.19$, $P=0.001$) in primiparous women. **Conclusion:** According to the results of the research, it can be said that positive thinking training is an effective treatment for the fear of childbirth and childbirth self-efficacy in pregnant women, which can be used by psychologists and counselors.

Keywords: *Positive Thinking Training, Fear of Childbirth, Childbirth Self-efficacy*

1. ***Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
Email: emadian2012@yahoo.com