مقـــاله تحقیقی

# اثربخشی آموزش روش‌های کاهش درد «دارویی و غیردارویی» و آموزش به همسر بر اضطراب زایمان زنان باردار

الهام کلهری[1]، نادر منیرپور[2*]، حسن میرزا حسینی[2]

[1] دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی قم، قم، ایران.

[2] استادیار روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی قم، قم، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران.

نشانی الکترونیک:

monirpoor1357@gmail.com

## چکیده

**زمینه:** اضطراب شدید مادر از درد زایمان باعث انقباض عضلات رحمی می‌شود و می‌تواند موجب ایجاد تداخل با روند مطلوب زایمان گردد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش روش‌های کاهش درد«دارویی و غیردارویی» و آموزش به همسر بر اضطراب زایمان زنان باردار بود.

**روش کار:** پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری، شامل تمام زنان بارداری بود که در اواخر سه ماهه دوم و یا در اوایل سه ماهه سوم بارداری به سر می‌بردند و طبق معیار پرسشنامه اضطراب زایمان، دارای اضطراب بودند. از بین جامعه آماری که به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه می‌کردند، تعداد ۸۰ نفر از افراد واجد شرایط به صورت داوطلب انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه اضطراب زایمان هارتمن(۲۰۰۰) در سال ۱۳۹۸ در میان زنان بارداری که در اواخر سه ماهه دوم یا اوایل سه ماهه سوم بودند جمع آوری شدند. گروه آزمایش تحت آموزش روش‌های کاهش درد «دارویی و غیردارویی» و آموزش به همسر در قالب ۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند (در طی ۲ جلسه آموزش، همسران زنان باردار حضور فیزیکی داشتند)، درحالیکه گروه شاهد به روند عادی بارداری و زایمان خود ادامه دادند و هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند. سپس داده‌ها با نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس با سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش روش‌های کاهش درد «دارویی و غیردارویی» و آموزش به همسر در جهت کاهش اضطراب زنان باردار و هدایت آنان به سمت زایمان طبیعی موثر بود. میانگین نمره اضطراب زایمان در زنان باردار، پس از اجرای مداخله در گروه آزمایش کمتر از میانگین گروه شاهد بود و تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود($P<0/001$).

**نتیجه‌گیری:** روش‌های کاهش درد«دارویی و غیردارویی» و آموزش به همسر می‌تواند توسط متخصصان به عنوان رویکردی آموزشی در کاهش اضطراب زایمان زنان باردار، سوق دادن زنان باردار به ترجیح زایمان طبیعی نسبت به سزارین و ایجاد فضایی مناسب برای مادران به منظور کمک به رشد خدمات بهداشت روانی کودکان صورت گیرد.

**واژگان کلیدی:** بارداری، اضطراب زایمان، آموزش همسر، روش‌های کاهش درد، دارویی و غیردارویی.

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08 ]

## مقدمه

زایمان یکی از تجارب دردناک زنان می‌باشد که می‌تواند بر مادر و نوزاد دارای اثرات سوء باشد. به منظور پیشگیری از بروز این اثرات، کاهش درد زایمان یکی از اهداف مهم مراقبت‌های مامایی به شمار می‌آید (۱). تقریبا در ۳۳ درصد زنان باردار، ترس از زایمان و اضطراب در سه ماهه آخر بارداری وجود دارد و ۱۱ تا ۱۰ درصد از آنها، ترس شدید از زایمان را تجربه می‌کنند(۲). بنابراین، می‌توان گفت که اختلال‌های اضطرابی در دوران بارداری شایع بوده و با نتایجی جدی و پایدار، هم برای مادر و هم کودک مرتبط هستند(۳). درد زایمان یکی از شدیدترین دردهایی است که اغلب‌زنان آن را تجربه می‌کنند. با استفاده از روش‌های نوین و حمایتی، از جمله روش‌های غیردارویی یا روش‌های طب مکمل که موجب ایجاد احساس آرامش، تصحیح اختلال در عملکرد فیزیکی، تغییر پاسخ های فیزیولوژیک و کاهش ترس و نشانه‌های بیماری می‌شوند، می‌توان درد زایمان را کاهش داد و این رویداد را به یک اتفاق خوشایند و لذت بخش تبدیل نمود(۴). با توجه به آخرین آمار ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) استفاده از روش‌های کاهش دهنده درد برای تسهیل فرآیند زایمان در اغلب کشورهای دنیا متداول شده است. بطور مثال ۰/۸۱ درصد زنان آمریکایی از شیوه‌های موثر دارویی و غیردارویی استفاده می‌کنند. که آن رقم در کشورهای اروپایی به ۰/۹۰ درصد می‌رسد(۵). مطالعات نشان داده‌اند که انجام ماساژ توسط ماما باعث کاهش شدید اضطراب و افزایش حمایت روانی از زنان در حال زایمان می شود(۶). ماساژ درمانی باعث تقویت حس کنترل و آمادگی درد زایمان و کاهش معنادار شدت خستگی در زنان در حال زایمان در فاز انتقالی می‌شود(۷). بتاآندروفین‌ها یک محصول جدا شده از پرواپیوملانوکورتین است که از نورون‌های هیپوتالاموس در طناب نخاعی، مغز و هم چنین غده هیپوفیز ترشح می‌شوند و تمایل بالایی به گیرنده‌های اوپیوئیدی داشته و با ممانعت از آزادسازی انتقال دهنده‌های عصبی درد و افزایش آزاد سازی مسیرهای عصبی دوپامینی، باعث تسکین بیشتر درد می‌شوند(۸). همچنین، برخی مطالعات نشان می‌دهند که حمایت همسر در بارداری و زایمان علاوه بر ایجاد ارتباط مؤثر بین زوجین موجب تجربه مثبت زنان از حاملگی و زایمان نیز می‌گردد(۹). مشارکت مردان دربرنامه‌های مادری ایمن شامل؛ تسهیل دسترسی و استفاده از مراقبت‌های بارداری، افزایش آگاهی در مراقبت‌های بارداری و شرکت در برنامه‌ریزی برای زایمان است و انجام نیازسنجی و شناسایی راهبردهای مناسب برای درگیری آن‌ها ضروری می‌باشد(۱۰). با توجه به فواید مشارکت مردان، تاکنون این مشارکت در دوران بارداری، زمان زایمان و مراقبت از کودکان در سطح جهانی به طور مؤثر ترغیب نشده است و دخالت و مشارکت مردان در دوران بارداری و زایمان را برای بهبود سلامت زنان به عنوان یک راهبرد مطرح می‌کند(۱۱). در کشور ما حضور همسر در امور مربوط به بارداری و زایمان رایج نیست. عواملی همچون؛ دانش‌کم همسران و عدم باور مشکلات بارداری، موانع فرهنگی، اتکای‌سنتی زن به خانواده خود، مشکلات شغلی، محیط زنانه مراکز سلامت، رفتار نامناسب کارکنان بهداشتی درمانی، عوامل عرفی و مشکلات مالی از جمله موانع حضور همسران دربرنامه‌های دوران بارداری می‌باشد(۱۲). بارداری و زایمان تجربه‌ای است که عزت نفس و هویت زنانه را تقویت و تحکیم می‌کند و تجارب مثبت ناشی از انتخاب زایمان طبیعی باعث می‌شود تا زنان حتی سال‌ها پس از زایمان، اعتماد به نفس و عزت نفس بیشتری داشته باشند. فاجعه‌آمیز جلوه دادن درد با افزایش درد، اضطراب، پریشانی، مشکلات عاطفی و همچنین ناتوانی در امر زایمان همراه است. این سبک شناختی ناکارآمد موجب می‌شود زنان نابارور کمتر در راهبردهای رفتاری-شناختی کاهش درد درگیر شوند. بکار بردن تمرینات کاهش درد در طی سه ماهه سوم حاملگی می‌تواند احساسات مادران باردار را نسبت به نوزاد متولد نشده تقویت کند و به تطابق مادری کمک نماید. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش روش‌های کاهش درد «دارویی و غیردارویی» و آموزش به همسر بر اضطراب زایمان زنان باردار نخست‌زا انجام شد.

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه شاهد است که به منظور ارزیابی اثربخشی آموزش روش‌های کاهش درد «دارویی و غیردارویی» و آموزش به همسر بر اضطراب زایمان در زنان باردار صورت گرفت. جامعه آماری، شامل تمام زنان بارداری بود که در اواخر سه ماهه دوم و یا در اوایل سه ماهه سوم بارداری به سر می‌بردند و طبق معیار پرسشنامه اضطراب زایمان، دارای اضطراب بودند. از بین جامعه آماری که به کلینیک خصوصی زنان و زایمان در شهر تهران مراجعه می‌کردند تعداد ۸۰ نفر از افراد واجد شرایط به صورت داوطلب انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد گمارده شدند. در گروه آزمایش ۴۰ زن باردار و در گروه شاهد نیز تعداد شرکت‌کنندگان شامل ۴۰ زن باردار بود که هیچ آموزشی دریافت نکردند و صرفاً در تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری نمودند (در طی ۲ جلسه آموزش، همسران زنان باردار حضور فیزیکی داشتند). در این پژوهش، افرادی که بالاترین نمره اضطراب را کسب کرده و داوطلب بودند انتخاب شدند. در پژوهش‌هایی که از نوع آزمایشی، شبه آزمایشی و علّی- مقایسه‌ای است حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود. در تحقیقاتی که نیاز به طبقه‌بندی جامعه برای نمونه‌گیری می‌باشد، حداقل نمونه هر طبقه بین ۲۰ تا ۵۰ نفر است(۱۳). ملاک‌های ورود به پژوهش،عدم سابقه زایمان به روش سزارین ،عدم سابقه سقط جنین، فقدان بیماری



[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08 ]

جسمی به منظور تسهیل شرکت آزمودنی در جلسات آموزشی عدم ابتلاء به اختلال روانی، منتفی بودن خطر زایمان زودرس و شرکت نمودن با میل و رغبت شخصی در جلسات آموزشی بود. گروه آزمایشی به عنوان گروهی است که در آن روش‌های کاهش درد «دارویی و غیردارویی» و آموزش به همسر تعلیم داده شد و در گروه شاهد هیچگونه آموزشی ارائه نشد و افراد صرفاً در فرآیند عادی مراقبت‌های دوران بارداری مرکز زنان و زایمان قرار گرفتند. هر دو گروه قبل از شروع برنامه و بعد از داشتن معیارهای شرکت در این پژوهش و قرار گرفتن در گروه‌های مربوطه، پرسشنامه اضطراب زایمان را تکمیل کردند و پس از پایان کلاس‌ها مجددا پرسشنامه مذکور توسط تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش، اعم از گروه آزمایشی و شاهد، تکمیل شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس با بهره‌گیری از نرم افزارSPSS استفاده شد.

## پروتکل برنامه آموزشی

برنامه آموزشی برای آزمودنی‌ها دارای دو سطح شناختی و رفتاری است. کلاس‌های آموزشی دو هفته و به مدت ۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تشکیل شد(۱۴) (جدول ۱).

جدول ۱ : رئوس جلسات آموزشی براساس پروتکل ورمیولین و همکاران(۱۴)

| |
|---|
| جلسه اول: معارفه مادران، تغییرات آناتومیک و فیزیولوژیک و شکایات شایع بارداری. |
| جلسه دوم: آموزش روش‌هاي بيدردي شامل لمس، ماساژ، آروماتراپي، موسيقي، تصويرسازي ذهني، سرما و گرما درماني، تنفس، ريلكسيشن، زايمان در آب، اپيدورال، انتونوكس،تنس،پتدين. |
| جلسه سوم: آموزش به همسر بصورت آگاهي از تغييرات جسمي و روحي همسر ، آگاهي از فرآيند زايمان، انتخاب محل زايمان و وسايل لازم براي زايمان. |
| جلسه چهارم: پخش فیلم آموزشی به مدت ۱۵ دقیقه جهت آشنایی همسران با نحوه کمک‌رسانی در امر زایمان. |

## پرسشنامه اضطراب زایمان هارتمن

جهت بررسی ترس از زایمان، از پرسشنامه اضطراب زایمان هارتمن (۲۰۰۰) که توسط Lowe مورد بازنگری قرار گرفته است، استفاده شد. پایایی این مقیاس براساس آزمون کرونباخ ۰/۸۳ و روایی آن ۰/۶۴گزارش شده است(۱۵). این پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال بر اساس لیکرت۴ تایی (اصلا، خیلی کم ، متوسط، زیاد) می باشد. دامنه امتیاز ۱۴ الی ۵۶ را شامل می‌شود و نمره بیشتر نشان دهنده ترس بیشتر است. با توجه به اینکه در مورد ترس زایمان نمره برشی وجود نداشت، تعیین نمره برش بر اساس نظر گرین و لویس و مطالعات مشابه خارج از کشور، مورد توجه قرار گرفت و نمره میانه یعنی ۲۸ به عنوان ترس از زایمان در نظر گرفته شد. پایایی این پرسشنامه براساس مطالعه خرسندی در ایران، با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی محتوی آن توسط متخصصین مورد تأیید قرار گرفت(۱۶).

## یافته‌ها

در بین ۸۰ نفر(گروه آزمایش و شاهد) در زمینه اشتغال ۳۸ درصد زنان باردار خانه‌دار، و ۲۹ درصد کارمند و ۳۳ درصد دارای شغل آزاد بودند. ۲۱ درصد زنان باردار در سطح دیپلم، و ۶۶ درصد کارشناسی و ۱۳ درصد نیز کارشناسی ارشد و بالاتر بودند و در بُعد سنی نیز ۱/۵ درصد زنان باردار در دامنه ۱۰ تا ۲۰ سال، و ۵۹/۵ درصد در دامنه ۲۰ تا ۳۰ سال و ۳۹ درصد در دامنه ۳۰ تا ۴۰ سال بودند. با توجه به یافته‌های توصیفی، بین میانگین و انحراف معیار اضطراب زایمان در گروه آزمایش (۴/۲۲ ± ۳۰/۹۲) و شاهد (۴/۰۸ ± ۳۰/۹۰) در پیش‌آزمون تفاوت آماری معناداری وجود نداشت اما بین میانگین و انحراف معیار اضطراب زایمان در گروه آزمایش (۲/۵۷ ± ۲۳/۹۲) و شاهد (۳/۶۵ ± ۳۳/۲۵) در پس‌آزمون تفاوت وجود داشت به طوری که میانگین گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته بود. همچنین، مقدار کجی و کشیدگی در بازه (۲+ و ۲-) قرار داشت و این نشان داد که توزیع نمرات، متقارن و نرمال است.

با توجه به نتایج جدول۲، میانگین اضطراب زایمان گروه آزمایش از موقعیت پیش‌آزمون به پس‌آزمون در آزمون تی کاهش یافته، در صورتی که در گروه شاهد تغییری مشاهده نشد. همان طور که ملاحظه می‌شود میانگین اضطراب زایمان گروه شاهد در پس‌آزمون تفاوت آماری معناداری با پیش‌آزمون نداشت اما میانگین اضطراب زایمان گروه آزمایش در پس‌آزمون به طور معناداری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته بود (P=۰/۰۰۶). سطح معناداری آزمون لون بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است (Sig=۰/۲۷۱ و F=۱/۲۳۱) بنابراین، می‌توان گفت که اختلاف معناداری بین

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره آزمودنی‌ها درگروه آزمایش و گواه

| گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | | T | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | |
| آزمایش | ۳۰/۹۲ | ۴/۲۲ | ۲۳/۹۲ | ۲/۵۷ | ۱۳/۱۸۵ | ۰/۰۰۶ |
| گواه | ۳۰/۹۰ | ۴/۰۸ | ۳۳/۲۵ | ۳/۶۵ | | |

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08 ]

واریانس گروه‌ها وجود نداشت و همگنی واریانس گروه‌ها تایید شد .

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده(۳۷۳/۷۲)، بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات اضطراب زایمان شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی«آزمایش و شاهد» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت(P<۰/۰۵). بنابراین، استفاده از برنامه آموزش روش‌های کاهش درد «دارویی و غیردارویی» و آموزش به همسر در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد تاثیر بیشتری بر کاهش اضطراب زایمان و تشویق مادران برای تجربه یک زایمان طبیعی داشته است.

جدول(۳): نتایج تحلیل کواریانس مربوط به اثر مداخله بر کاهش اضطراب زنان باردار در پس آزمون

| منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|
| پیش آزمون | ۴۲۰/۸۸ | ۱ | ۴۲۰/۸۸ | ۹۰/۱۷ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۳۹ |
| گروه | ۱۷۴۴/۳۱ | ۱ | ۱۷۴۴/۳۱ | ۳۷۳/۷۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۲۹ |
| خطا | ۳۵۹,۳۸ | ۷۷ | ۴/۶۶ | | | |
| کل | ۶۸۷۹۹/۰۰۰ | ۸۰ | | | | |

## بحث

پژوهش حاضر به بررسی تاثیر آموزش روش‌های کاهش درد«دارویی و غیردارویی» و آموزش به همسر بر اضطراب زایمان زنان باردار و سوق‌دهی آنان به سمت زایمان طبیعی پرداخته است که تحلیل داده‌ها و مقایسه نتایج پیش‌آزمون- پس‌آزمون گروه آزمایش با گروه شاهد اثربخشی آن را تایید کرد. با توجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش روش‌های کاهش درد «دارویی و غیردارویی» و آموزش به همسر برای کاهش اضطراب زایمان زنان باردار و ترغیب آنان به انتخاب زایمان طبیعی موثر بوده است. باستانی و همکاران (۱۷) نیز در بررسی تاثیر تن آرامی بر کاهش سزارین نشان دادند که تن آرامی در کاهش اضطراب و افزایش میزان زایمان طبیعی موثر است. خورسندی و همکاران (۱۸ و۱۶) نشان دادند زنان نخست‌زایی که تحت آموزش تن‌آرامی قرار گرفتند نمره اضطراب زایمان پایین‌تری نسبت به گروه شاهد داشتند. در مطالعه‌ی قوشچیان و همکاران (۱۹) نیز همچون مطالعه‌ی حاضر، ترس از زایمان با انتخاب سزارین ارتباط معناداری داشت که این نتایج با مطالعه خورسندی و همکاران مطابقت داشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طبق شواهد موجود ترس از زایمان در سه ماهه‌ی سوم بارداری می‌تواند با وقوع سزارین اورژانسی ارتباط داشته باشد. نتایج این تحقیق اهمیت آموزش مهارت تن‌آرامی را در کاهش ترس زایمان و افزایش زایمان طبیعی تایید می‌نماید.نتایج مطالعه‌ی سایدسجو و همکاران (۲۰) نیز نشان داد که اکثر زنان نخست‌زایی که ترس از زایمان داشتند به دنبال آموزش و مشاوره، زایمان طبیعی را برگزیدند. نتایج پژوهش حاضر همچنین با مطالعه‌ی جمالی و همکاران (۲۱) همخوانی داشت جمالی و همکاران نشان دادند حضور همسر در کلاس‌های آمادگی برای زایمان موجب کاهش ترس و نگرش منفی نسبت به زایمان در مادر شده است و این کاهش نسبت به گروه شاهد معنادار بود. این نتیجه می‌تواند نشان دهنده آن باشد که آموزش و برگزاری کلاس آمادگی برای زایمان با حضور همسر در دوران‌بارداری می‌تواند نتایج مثبتی در زمینه کاهش ترس و تغییر نگرش مادر نسبت به زایمان و در نهایت کاهش میزان سزارین و عوارض حاصل از آن را به همراه داشته باشد. فیروزبخت و همکاران(۲۲) در مطالعه‌ای نشان دادند که آموزش و حمایت از مادر در دوران بارداری علاوه بر توانمندی مادر در امر زایمان، موجب کاهش ترس و اضطراب مادر در زمان زایمان و همچنین ایجاد تجربه‌ای خوشایند برای وی می‌شود. کیزلیرماک و باسر (۲۳) در مطالعه خود نشان دادند که آموزش در زنان نخست‌زا طی جلساتی بین هفته ۲۸ تا ۳۲ بارداری باعث کاهش اضطراب زایمان می‌گردد. بنابراین، ارایه اطلاعات مثبت در مورد تولد حین آموزش سبب کاهش اضطراب زایمان و آماده‌سازی برای تولد می‌شود. مطالعه‌ای دیگر نتایج نشان داد که حضور همسر در کلاس آمادگی برای زایمان میزان ترس از زایمان را کاهش می‌دهد (۲۱). مطالعات انجام شده نشان داده است که تن آرامی موجب کاهش ترس از زایمان، تسهیل و تسریع روند زایمان می‌گردد. تن آرامی و تصویر سازی روی اعصاب اتونوم تاثیر گذاشته و سبب آرامش می‌گردد. انجام تمرینات منظم تن آرامی در طی حاملگی، میزان موفقیت مادر در انجام تن آرامی طی مراحل زایمان را افزایش می‌دهد. تمرینات تن آرامی و تصویر سازی از زایمان در طی حاملگی می‌تواند احساسات مادران باردار را نسبت به کودک متولد نشده تقویت کرده و به تطابق مادری کمک نماید. به علاوه سازگاری مثبت افزایش یافته، به طور چشمگیری با سلامت عمومی زن باردار مرتبط بوده و به پیوند عاطفی مادر و جنین کمک می‌کند(۲۴). مردان می توانند از طریق ترتیب دادن حضور شخص ماهر و دوره دیده هنگام زایمان، کمک به مادر بعد از تولد نوزاد و به عهده گرفتن نقش یک پدر مسئول در خانواده در حفظ سلامت زن در دوران بارداری مشارکت فعالی داشته باشند(۲۵). واقعیت این است که پدرانی که در مراقبت‌های پیش از بارداری مشارکت می کنند و از همسر خود حمایت روحی و روانی می‌کنند، موجب کاهش اضطراب، درد و خستگی مادر در طول بارداری و زایمان می شوند(۲۶). مطالعه جنابی و همکاران (۲۷) به نقش رفلکسولوژی در کاهش درد و اضطراب زایمان پرداخته است. پژوهش فیاضی و همکاران(۲۸) نشان داد از

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08 ]

بین تمامی مداخلات انجام شده اسطوخودوس، گلاب، انتونوکس، طب فشاری و رفلکسولوژی منجر به بیشترین کاهش شدت درد و اضطراب زایمان شده بودند. نتایج مطالعه برجسته و همکاران(۲۹) نیز گویای آن است که مشاوره با زوجین مبتنی بر حمایت همسر در دوران بارداری موجب کاهش نگرانی و اضطراب زایمان زنان باردار می‌گردد. یافته‌های پژوهش جمالی و همکاران(۲۱) نیز نشان داد، حضور همسر در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، میزان ترس از زایمان را کاهش داده و به عنوان یکی از روش‌های اجرایی برنامه آموزش مادران باردار پیشنهاد می‌گردد.

## نتیجه‌گیری

براساس یافته های این پژوهش آموزش روش‌های کاهش درد «دارویی و غیردارویی» و آموزش به همسر از طریق کاهش اضطراب زایمان، ترس از درد و افزایش خودکارآمدی زایمان، انجام عمل سزارین‌های غیر ضروری را کاهش و گرایش به زایمان طبیعی را افزایش می‌دهد. با توجه به سادگی، ارزانی و غیر قابل تهاجمی بودن روش کاربردی در این مطالعه، پیشنهاد می شود این برنامه های آموزشی در راستای ترویج زایمان طبیعی، ارتقای آگاهی و نیز تغییر دیدگاه و نگرش زنان نسبت به پدیده‌ی زایمان برای تمام زنان باردار انجام شود.

## منابع


1. Safdari Dehcheshmeh F, Delaram M, Salehian T, Moradi MT, Rahimi Madiseh M, Aliakbari F. Relief of labor pain by ice massage of the hand. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2009;11(1):23-8. [Persian]

2. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2009;30(3):168-74.

3. Arch JJ, Dimidjian S, Chessick C. Are exposure-based cognitive behavioral therapies safe during pregnancy? Arch Womens Ment Health. 2012;15(6):445-57.

4. Vakilian K, Karamat A, Mousavi A, Shariati M, Ajami E, Atarha M. The effect of Lavender essence via inhalation method on labor pain. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2012;14(1):34-40.

5. Gunasheela S, Biliangady R. Practical Management of obstetric problems. FOGSI Publication. 2004.

6. van Peer JM, Spinhoven P, Roelofs K. Psychophysiological evidence for cortisol-induced reduction in early bias for implicit social threat in social phobia. Psychoneuroendocrinology. 2010;35(1):21-32.

7. McFadden KL, Hernández TD. Cardiovascular benefits of acupressure (Jin Shin) following stroke. Complement Ther Med. 2010;18(1):42-8.

8. Abbasian S, Attarzadeh Hosseine SR, Moazami M. The effect of regular aerobic training on serum level of β-endorphin and perceived training exertion in addicts with emphasis on brain reward center. Daneshvar. 2013;20(6):41-52.

9. Coutinho EC, Antunes JG, Duarte JC, Parreira VC, Chaves CM, Nelas PA. Benefits for the father from their involvement in the labour and birth sequence. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2016;217:435-42.

10. World Health Organization. Programming for male involvement in reproductive health: report of the meeting of WHO regional advisers in reproductive health, WHO/PAHO, Washington DC, USA 5-7 September 2001. World Health Organization; 2002:p.98-115.

11. Dudgeon MR, Inhorn MC. Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives. Soc Sci Med. 2004;59(7):1379-95.

12. Mortazavi F, Mirzaii K. Reason of, barriers to, and outcomes of husbands' involvement in prenatal and intrapartum care program based on midwives' experiences: A qualitative study. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2012;15(1):104-15.

13. Delavar A. Research methodology in psychology and educational sciences. Tehran: Virayesh Publition. 2009.

14. Vermeulen E, Solnes Miltenburg A, Barras J, Maselle N, van Elteren M, van Roosmalen J. Opportunities for male involvement during pregnancy in Magu district, rural Tanzania. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16:66.

15. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2000;21(4):219-24.

16. Khorsandi M, Ghofranipour F, Hidarnia A, Faghihzadeh S, Ghobadzadeh M. The effect of PRECEDE PROCEED model combined with the health belief model and the theory of self-efficacy to increase normal delivery among nulliparous women. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2012;46:187-94.

17. Bastani F, Hidarnia A, Montgomery KS, Aguilar-Vafaei ME, Kazemnejad A. Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes?: a randomized controlled trial. The Journal of perinatal & neonatal nursing. 2006;20(2):138-46.

18. Khorsandi M, Ghofranipour F, Heydarnia A, FaghihZadeh S, Vafaei M, Rousta F, Aminshokravi F. The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2008;11(3):29-36.

19. Ghooshchian S, Dehghani M, Khorsandi M, Farzad V. The role of fear of pain and related psychological variables in prediction of cesarean labor. Arak Med Univ J. 2011;14(3):45-54.

20. Sydsjö G, Bladh M, Lilliecreutz C, Persson AM, Vyöni H, Josefsson A. Obstetric outcomes for nulliparous women who received routine individualized treatment for severe fear of childbirth - a retrospective case control study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:126.

21. Jamali F, Olfati F, Oveisi S, Ranjkesh F. Effects of spouses' involvement in pregnancy on fear of childbirth in nulliparous women. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2018;22(2):38-47.

22. Firouzbakht M, Nikpour M, Salmalian H, Ledari FM, Khafri S. The effect of perinatal education on Iranian mothers' stress and labor pain. Glob J Health Sci. 2013;6(1):61-8.

23. Kızılırmak A, Başer M. The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. Appl Nurs Res. 2016;29:19-24.

24. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. Therapeu-


[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08 ]

tic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(11):1315-9.

25. Simbar M, Nahidi F, Tehran FR, Ramezankhani A. Fathers'educational Needs for Perinatal Care in Urban Iran: A Qualitative Approach. Journal of biosocial science. 2010;42(5):633-41.

26. Rostamian AA, Heydari GR, Zafarmand MH, Asaadi K, Bar GR, Dianat M, Bahtouei M. Men's disinclination in family planning in Bushehr Port Using focus group discussion. Iranian South Medical Journal. 2002; 4(2): 142-9.

27. Jenabi E, Hajiloo Mohajeran M, Torkamani M. The effect of reflexology on relieving the labor pain. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2012;14(8):34-8.

28. Fayazi S, Mohammadi S, Faghani Aghoozi M, Amerian M. Methods of Labor Pain Relief in Iran: A Review. The J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2019;17(6):421-43.

29. Barjasteh SA, Mogadam Tabrizi F, Alizadeh S. The Effect of Couple Counselling Based on Marital Support on Anxiety and Worry During Pregnancy. The J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2018;15(11):851-62.

[ Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08 ]