Journal of Police Medicine

Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 43-56

Original Article

Determining the Effectiveness of Mantra Therapy on Measure of Delivering Anxiety in 1'st Pregnancy Women

Received: 24 February 2016 **Revised:** 31 December 2016 **Accepted:** 10 January 2017

ABSTRACT

Background: The present study investigated the effectiveness of relaxation techniques along with meditation on anxiety Nolipar**.**

Materials and Methods: The experimental study with pretest - posttest control group. The population of 72 women who were first generated in 1394 to control the course of pregnancy and maternity hospital of Imam Ali Amol, Two groups of 15 people randomly selected in the experimental and control group. Relaxation techniques and meditation with a group of 8 sessions (when the women go to the hospital in the last three months of pregnancy) was performed, and then both groups (experimental and control) test was performed. Means of a questionnaire to measure patients' medical records were anxious Aspyl Berger. Analysis of covariance analysis of experimental data with a variable (for anxiety variables) and Spearman correlation test (test for significant differences in the two groups of selected vaginal delivery) were help spss16 software.

Results: relaxation meditation techniques on anxiety associated with women's first - was effective in hitting ($P<0.01$). Causing anxiety in the first group of experiments was to reduce the cesarean delivery as ($P<0.01$).

Conclusion: at this method of non-medical benefits and no side effects, the Department of Obstetrics and Gynecology be used in hospitals nationwide.

Hamid RezaVatankhah[1*]

[1]Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran.

[*]**Corresponding Author:**
Hamid Reza Vatankhah
Tel: (+98) 2144248981
Email:hamid_vatankha1@yahoo.com

Keywords: nolipar women; delivery; vaginal delivery; cesarean delivery; anxiety.

بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۵۶-۴۳

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

تعیین اثربخشی آرام‌سازی به روش مراقبه همراه با ذکر درمانی بر میزان اضطراب زنان نخست‌زا

تاریخ دریافت: ۵ اسفند ۱۳۹۴ **تاریخ اصلاح:** ۱۱ دی ۱۳۹۵ **تاریخ پذیرش:** ۲۱ دی ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آرام‌سازی به روش مراقبه همراه با ذکر بر میزان اضطراب زنان نخست‌زا انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری ۷۲ نفر از زنان نخست‌زا بودند که در سال ۱۳۹۴ برای انجام کنترل دوره بارداری و زایمان به بیمارستان امام علی (ع) آمل مراجعه کردند و به‌طور تصادفی انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. آرام‌سازی به روش مراقبه همراه با ذکر برای گروه آزمایش در هشت جلسه انجام شد و سپس از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. ابزار اندازه‌گیری پرسش‌نامه اضطراب اسپیل برگر و پرونده پزشکی بیماران بود. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره و آزمون همبستگی اسپیرمن با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده نشان داد که آرام‌سازی به روش مراقبه همراه با ذکر بر میزان اضطراب زنان نخست‌زا مؤثر بود (P< ۰/۰۱). کاهش اضطراب در زنان نخست‌زای گروه آزمایش باعث کاهش انتخاب سزارین به عنوان نوع زایمان شد (P< ۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر قابل‌ملاحظه آرام‌سازی به روش مراقبه همراه با ذکر در زنان نخست‌زا و پیامد آن افزایش انتخاب زایمان طبیعی از سوی این زنان، استفاده از این روش غیردارویی سودمند و بدون عوارض جانبی، در بخش زنان و زایمان بیمارستان‌های کشور مفید است.

کلید واژه‌ها: زنان نخست‌زا، زایمان، زایمان طبیعی، زایمان سزارین، اضطراب

حمید رضا وطن‌خواه[۱*]

[۱]استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران.

***نویسنده مسئول:**

حمید رضا وطن‌خواه

تلفن: ۲۱۴۴۲۴۸۹۸۱(۹۸+)

پست الکترونیک:

hamid_vatankha1@yahoo.com

مقدمه

تولد کودک[1]، دوره‌ای را شامل می‌شود که از شروع انقباضات منظم رحمی تا خروج جفت طول می‌کشد. روندی که از طریق آن تولد کودک به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد، *لیبر*[2] نامیده می‌شود (واژه‌ای که در متون مامایی، به چندین مفهوم ضمنی در زبان انگلیسی اشاره می‌کند). براساس فرهنگ کوتاه و جدید آکسفورد انگلیسی[3]؛ مشقت[4]، زحمت[5]، رنج بردن[6]، تلاش‌بدنی[7] به‌ویژه در شرایط دردناک و همچنین پیامد کار، همگی از مشخصات *لیبر* هستند و بنابراین در روند تولد کودک دخالت دارند. چنین به نظر می‌رسد که این مفاهیم ضمنی، همگی مربوط به مراقبین بهداشتی هستند و بر این نکته تأکید می‌کنند که همه مراقبان بهداشتی باید نیازهای زنان در مرحله *لیبر*، به‌ویژه در ارتباط با تسکین مؤثر درد، حمایت کنند. در سال ۲۰۰۷، در بیمارستان پارکلند فقط ۵۰ درصد از ۱۳۹۹۱ زنی که نمایش سفالیک تک قلویی داشتند، در زمان ترم به زایمان لیبر و

[1]. Childbirth
[2]. Labor
[3]. New shorter Oxford
[4]. Toil
[5]. Trouble
[6]. Suffering
[7]. Bodily exertion

Journal of Police Medicine
Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 43-56

زایمان خودبه‌خودی دست یافته بودند. بقیه زنان یا با لیبر ناکارآمد مواجه شده بودند که تقویت لیبر را ایجاب می‌کرد؛ یا دچار سایر عوارض جانبی طبی و زایمانی شده بودند که به القای لیبر نیاز داشتند؛ و یا تحت زایمان سزارین قرار گرفته بودند. چنین به نظر می‌رسد که اگر حدود ۵۰ درصد زنان را صرفاً به دلیل اینکه به لیبر و زایمان خودبه‌خودی دست نمی‌یابند «غیرطبیعی» تلقی کنیم، بسیار اغراق‌آمیز خواهد بود؛ بنابراین، تمایز بین طبیعی و غیرطبیعی اغلب جنبه ذهنی[8] دارد. با وجود این، از بالا بودن میزان شیوع اختلالات لیبر، می‌توان به‌منظور تأکید بر اهمیت وقایع لیبر در پیامد موفقیت‌آمیز حاملگی استفاده کرد [۱].

درد زایمان یکی از شدیدترین دردهایی است که زنان در طول زندگی خود تجربه می‌کنند. محیط بر تجربه مادر از درد مؤثر است. تنش و اضطراب ناشی از بحران بارداری و زایمان، با بستری شدن مادر در بیمارستان و همراهی این پدیده با بسیاری دیگر از عوامل اضطراب‌آور تشدید می‌شود و می‌تواند بر شدت درد زایمان مؤثر باشد [۲]. هر سال بیش از ۱۵۰ میلیون زن در کشورهای توسعه‌یافته حامله می‌شوند که برای عده‌ای از آنان، زایمان رضایت‌بخش نبوده و با درد و ترس همراه است [۳]. هرچند اضطراب به زندگی پویایی و تحرک می‌بخشد، با این وجود تنها میزان معینی از اضطراب برای انسان مفید است، زیرا اضطراب بیش‌ازحد می‌تواند فرد را مستعد هرگونه بیماری جسمانی و روانی سازد [۴]. زنان نخست‌زا در هنگام زایمان دچار اضطراب شدیدی می‌شوند که همین اضطراب، سبب کاهش شانس زایمان طبیعی خواهد شد [۵]. طول مدت زایمان از عوامل مؤثر بر نتایج حاملگی و آسیب‌های وارده بر مادر و جنین است [۶]. یکی دیگر از کارهایی که باعث افزایش اضطراب زنان در حین زایمان می‌شود، سیاست ناشتا نگه‌داشتن زنان در طول زایمان است که ازجمله مداخلات غیرضروری پزشکی است که باعث ایجاد پیامدهای نامطلوب مادری و جنینی می‌شود [۷]. حاجیان و همکاران (۱۳۸۹) اظهار می‌دارند که یافته‌های اصلی پژوهششان نشان داد: مهم‌ترین دلایل تمایل افراد به سزارین از دیدگاه شرکت‌کنندگان در پژوهش «ترس از درد زایمان» بود. سایر دلایل عبارت بودند از: ترس پزشکان و ماماها از شکایات بیماران و مسائل قانونی متعاقب آن، توصیه اطرافیان، اطلاعات کم و باورهای نادرست زنان باردار در مورد روش‌های زایمانی، کاستی‌های مرتبط با ارائه خدمات به زنان باردار مانند فضای اتاق زایمان، تردد دانشجویان و مداخلات مختلف گروه‌های درگیر در امر زایمان و عدم تعامل مناسب افراد دست‌اندرکار در عمل زایمان با یکدیگر و در نهایت مواردی که تا حدودی بروز این مسئله را «توجیه» می‌کنند؛ مانند چاقی و عدم تناسب فیزیکی اندام زنان در دوران بارداری، افزایش سن اغلب زنان در شرایط کنونی به علت بالا رفتن سن ازدواج و پیشگیری‌های طولانی‌مدت از بارداری و بیشتر شدن بیماری‌های داخلی طی حاملگی، عدم تحرک و ورزش زنان طی بارداری می‌باشند. به‌هرحال، آنچه در نتیجه‌گیری از این مطالعه می‌توان اظهار کرد وجود چرخه معیوبی از علل و عوامل است که اگرچه درخواست مادران به‌عنوان عامل اصلی شیوع این مشکل خود را نشان می‌دهد، اما درواقع خواست و تمایل مادران به‌عنوان معلول این علل محسوب می‌شود؛ درحالی‌که باید ترویج زایمان طبیعی را از طرق دیگر مانند بهبود ارائه آموزش‌های مؤثر به مادران و همسران آن‌ها، در دسترس قرار دادن گزینه‌های لازم برای انجام یک زایمان طبیعی بدون درد و عارضه، ارتقای سطح کیفیت خدمات مامایی طی درد زایمان و زایمان به همراه شفاف‌سازی وظایف ماما و متخصص زنان و زایمان در امر زایمان طبیعی و افزایش انگیزه گروه دخیل در امر زایمان طبیعی به‌وسیله رعایت شئون حرفه‌ای آن‌هاست [۸]. عوامل مختلفی بر عملکرد جنسی و رضایتمندی جنسی مؤثر هستند. نوع زایمان ازجمله این عوامل است. در برخی از تحقیقات نوع زایمان با عملکرد و رضایتمندی جنسی ارتباطی نداشته و در بعضی موارد دیگر سزارین و یا زایمان طبیعی را از عوامل مرتبط با عملکرد و رضایتمندی جنسی ذکر کرده‌اند [۹]. درد پدیده‌ای طبیعی و جزء لاینفک زایمان است. تأکید زیادی در درمان درد زایمان وجود دارد. از آنجائی که کاهش درد با استفاده از دارو اثرات نامطلوب به همراه دارد، بهتر است از روش‌های غیر دارویی در تسکین درد استفاده شود. یکی از روش‌ها، استفاده از طب فشاری است [۱۰]. مادران باردار اغلب اضطراب تولد نوزاد خود را دارند. از روش‌های پیشنهادی برای کاهش اضطراب و درد مادر باردار، تمرینات تن‌آرامی است [۱۱]. با توجه به سیاست کشور مبنی بر کاهش آمار سزارین انتخابی و دستورالعمل شماره ۱۶ وزارت بهداشت و درمان (وزارت بهداشت ۲/۵۲۷۱۶/س) مبنی بر استفاده از روش‌های غیر دارویی تسکین درد زایمان توسط متخصصین زایمان و ماماها [۱۲]، ایجاد زمینه مناسب برای تعدیل درد زایمان، سبب خواهد شد تا مادران و خانواده‌های آن‌ها به‌جای تحمل هزینه‌های گزاف سزارین به زایمان طبیعی تمایل یافته و ماماها نیز به نقش اصلی خود که اداره و انجام زایمان طبیعی است، بپردازند. لذا پژوهش حاضر، بر آن است تا بررسی نماید که: آیا روش آرام‌سازی به طریق مراقبه همراه با ذکر بر میزان اضطراب زایمان زنان نخست‌زا مؤثر است؟ آیا کاهش اضطراب زایمان زنان نخست‌زا بر اثر آموزش، می‌تواند در کاهش انتخاب سزارین به‌عنوان نوع زایمان انتخابی مؤثر باشد؟

[8]. Subjective

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۵۶-۴۳

مواد و روش‌ها

با توجه به اینکه نمونه‌گیری پژوهش از نوع تصادفی و کنترل‌شده بوده و پس از انجام پیش‌آزمون، ۳۰ نفر برگزیده شده که از این ۳۰ نفر، به‌صورت تصادفی در دو گروه شاهد و مورد قرار گرفتند، لذا روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل است (گروه آزمایش زنان نخست‌زایی هستند که قبل از زایمان، در سه ماهه آخر بارداری، تحت درمان با روش آرام‌سازی با مراقبه همراه با ذکردرمانی قرارگرفته درحالی‌که گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت ننمودند). یکی از ابزارهای اندازه‌گیری اطلاعات در این پژوهش، استفاده از پرونده پزشکی زنان نخست‌زای بستری‌شده در بیمارستان امام علی (ع) آمل است که محقق آن را از بیمارستان مذکور تهیه و اطلاعاتی نظیر، وضعیت پزشکی در طول مدت لیبر را یادداشت کرده و برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آن استفاده شد. ابزار دیگر اندازه‌گیری، عبارت بود از آزمون اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر (۱۹۸۳). *خصوصیات روان‌سنجی آزمون اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر (۱۹۸۳):* آزمون اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر[9] نخستین فرم پرسشنامه حالت - صفت (آشکار و پنهان) اضطراب[10] در سال ۱۹۷۰ توسط اسپیلبرگر و همکاران به نام STAI-Y ارائه گردید و در سال ۱۹۸۳ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. هدف اصلی از تجدیدنظر این بود که اندازه خالصی از اضطراب تهیه شود تا مبنای محکمی برای تشخیص افتراقی بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی از افسردگی فراهم شود. فرم تجدیدنظر شده[11] شامل ۴۰ سؤال است. از سؤال یک تا ۲۰ اضطراب حالت (آشکار) با چهار گزینه (به‌هیچ‌وجه، گاهی، عموماً و خیلی زیاد)، از سؤال ۲۱ تا ۴۰ اضطراب صفت با چهار گزینه (تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه) شامل می‌شود. بین مقیاس صفت اضطراب و دیگر آزمون‌هایی که اضطراب را می‌سنجند، همبستگی‌های بالایی گزارش شده است. همبستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب آشکار (حالت) تایلر[12] از ۰,۷۹ تا ۰,۸۳ و همبستگی بین صفت اضطراب با فهرست صفات عاطفه[13] از ۰,۵۲ تا ۰,۵۸گزارش گردیده است. پرسشنامه حالت - صفت اضطراب، هماهنگی درونی بالایی دارد. میانه ضرایب آلفا در گردهمایی مختلف در مقیاس حالت ۰,۹۲ و برای صفت ۰,۹۰ گزارش گردیده است. *نحوه اجرای آزمون اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر:* پرسشنامه حالت (آشکار) و صفت (پنهان) اسپیلبرگر می‌تواند به‌صورت فردی یا گروهی و به‌صورت خودآزما مورداستفاده قرار گیرد. دستورالعمل‌های کامل کردن مقیاس حالت - صفت اضطراب بر روی فرم‌های آن نوشته شده است. در مقیاس حالت اضطراب از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا احساسات خود را در لحظه کنونی و همین حالا (یعنی درست زمان اجرای آزمون) بیان نموده و شدت آن را روی یک مقیاس از یک تا چهار درجه‌بندی کنند. در پاسخگویی به صفت اضطراب از آزمودنی‌ها خواسته شده است تا احساسات کلی و معمول خود را در اغلب اوقات مشخص و شدت آن را روی یک مقیاس از یک تا چهار درجه‌بندی کنند. آزماینده باید تأکید کند که دستورالعمل‌ها برای تکمیل دو قسمت پرسشنامه متفاوت‌اند. آزمودنی‌ها باید هر قسمت دستورالعمل را به‌دقت مطالعه نمایند.

در فرم‌یابی تجدیدنظر شده همیشه مقیاس اضطراب حالت در ابتدا و مقیاس صفت اضطراب پس از آن اجرا می‌شود، زیرا مقیاس حالت اضطراب به نحوی طراحی گردیده که به شرایط اجرای آزمون حساس است. مدت زمان اجرا برای هر دو مقیاس بین ۱۵ الی ۲۰ دقیقه می‌باشد. *نمره‌گذاری آزمون اضطراب حالت – صفت اسپیلبرگر:* نمره‌گذاری به‌این‌ترتیب است که به هرکدام از عبارات آزمون بر اساس پاسخ داده شده آزمودنی، نمره یک تا چهار تعلق می‌گیرد. جملاتی با مفهوم وجود اضطراب از یک تا چهار نمره‌گذاری می‌شوند و جملاتی که مفهوم عدم وجود اضطراب دارند از چهار تا یک (به‌طور معکوس) نمره‌گذاری می‌شوند. به‌عبارت‌دیگر، مرتبط با نمرات پاسخ‌ها به‌جای چهار و سه و دو و یک به حالت یک–دو–سه–چهار وزن داده می‌شوند. عباراتی که نشان‌دهنده عدم وجود اضطراب هستند و در هنگام نمره‌گذاری به‌صورت معکوس وزن داده می‌شوند، عبارت‌اند از: مقیاس اضطراب آشکار (حالت): ۲۰–۱۹–۱۶–۱۵–۱۱–۱۰–هشت–پنج–دو–یک و مقیاس اضطراب پنهان (صفت): ۳۹–۳۶–۳۴–۳۳–۳۰–۲۷–۲۶–۲۳–۲۱. برای به دست آوردن نمره هر فرد در هرکدام از دو مقیاس، با توجه به این‌که برخی عبارات به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، مجموع نمرات آزمون در هر مقیاس محاسبه می‌گردد؛ بنابراین نمرات هرکدام از دو مقیاس اضطراب آشکار (حالت) و پنهان (صفت) می‌تواند در دامنه‌ای بین ۲۰ تا ۸۰ قرار گیرد.

توزیع سنی افراد گروه نمونه: دامنه سنی آزمودنی‌ها در حدود ۲۵ تا ۳۳ سال و میانگین گروه سنی ۲۹ و انحراف استاندارد آن در حدود یک سال است.

اعتبار آزمون اضطراب: با آنکه بررسی روایی، مهم‌ترین بخش پژوهش و مفیدترین، مناسب‌ترین و بامعناترین اطلاعات را درباره آزمون به دست می‌دهد، اما نخستین پرسش نیست. پرسش نخست مربوط به اعتبار آزمون می‌شود که شرط لازم برای روایی اندازه‌هاست. هر ابزار پژوهش پیش از آن‌که صفت مورد پژوهش را بسنجد، باید مشخص شود چه چیزی را اندازه می‌گیرد؟ زیرا هر

[9].Spielberger State-trail Anxiety Inventory
[10].Taylors manifest Anxiety Scale
[11]. STAI-Y
[12]. TMAS
[13]. AACT

Journal of Police Medicine
Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 43-56

ابزاری که اعتبار آن صفر باشد، چیزی جز عوامل تصادفی را منعکس نمی‌سازد. چنین وسیله‌ای نه با خودش و نه با چیز دیگری همبستگی ندارد. یکی از روش‌های برآورد اعتبار، مطالعه هماهنگی کارکرد آزمودنی از یک سؤال به سؤال دیگر و استفاده از مشخصه‌های آماری سؤال‌های آزمون است. ضریبی که بر پایه این روش به دست آید، درواقع شاخص هماهنگی درونی پرسش‌ها یعنی میزان تداخل همه پرسش‌ها از لحاظ سنجش یک ویژگی مشترک است. علاوه بر این استفاده از روش تجزیه‌وتحلیل هماهنگی درونی سؤال‌ها، فقط برای ارزیابی درجه دقت یک آزمون همگونی که در آن‌ها همه سؤال‌ها برای سنجش یک نوع خصیصه مکنون مشترک طرح شوند، به کار می‌رود. برای گزینش سؤال‌هایی که عامل به خصوصی را می‌سنجند، بهترین مجموعه آن است که ضریب هماهنگی درونی آن‌که با استفاده از ضریب آلفا محاسبه می‌شود، دارای بزرگ‌ترین مقدار باشد. چنان‌که در جداول دیده می‌شود، ضریب اعتبار مجموعه پرسش‌هایی که آزمون اضطراب آشکار (حالت) و پنهان (صفت) را تشکیل می‌دهد، برای سؤال یک تا ۲۰ اضطراب آشکار (حالت) برابر با ۰٫۸۸۹ و برای سؤال ۲۱ تا ۴۰ اضطراب پنهان (صفت) برابر با ۰٫۸۶۴ است. با توجه به ضریب همبستگی بالا و مثبت، هیچ‌کدام از سؤالات آزمون حذف نگردیده است.

روایی آزمون اضطراب: در مراحل مختلف استاندارد کردن آزمون، یکی از مسائل مهم، تعیین این مطلب است که آزمون موردنظر تا چه حد رواست. مقصود از روایی این است که وسیله اندازه‌گیری تا چه حد در پیش‌بینی کیفیتی که باید اندازه گرفته شود، دقیق است؟ آیا آزمون آنچه را که باید اندازه بگیرد، اندازه می‌گیرد؟ این اندازه‌گیری با چه میزانی از دقت همراه است؟ برای گردآوری شواهد مربوط به روایی آزمون اضطراب، از دو روش همگرا و تحلیل عاملی استفاده شده است.

روایی همگرا: روایی همگرا به‌نوعی روایی گفته می‌شود که از طریق همبستگی‌های نسبتاً قوی بین اندازه‌های مربوط به یک سازه کلی مشخص می‌شود. برای این روایی از همبستگی آزمون اضطراب آشکار (حالت) و پنهان (صفت) با آزمون هم نام اضطراب بک[14] استفاده شده است. ضرایب همبستگی بین آزمون اضطراب آشکار (حالت) و پنهان (صفت) با اضطراب به ترتیب برابر ۰٫۶۴۳ و ۰٫۶۱۲ است. نتایج به‌دست‌آمده بیانگر آن است که همبستگی نرم‌های اضطراب آشکار (حالت) و پنهان (صفت) با آزمون اضطراب بک بسیار قوی است.

تحلیل عاملی: برای بررسی روایی ساده آزمون از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی[15] با چرخش واریماکس استفاده گردید. نتایج نشان دادند که آزمون اضطراب در هر دو پاره آزمون در دو عامل اضطراب و عدم اضطراب به ترتیب ۳۹٫۲ و ۳۶٫۲ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: بررسی نتایج حاکی از آن است که پرسشنامه اضطراب آشکار (حالت) و پنهان (صفت) از کیفیت روان‌سنجی مناسبی برخوردار بوده و قابل کاربرد در مقاصد پژوهشی و روان‌شناختی است. روش تجزیه‌وتحلیل اطلاعات در بخش آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی میانگین، انحراف استاندارد؛ و در بخش آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده شد. کلیه محاسبات با کمک نرم‌افزار SPSS16 انجام شد.

روش اجرای آموزش مراقبه درمانی همراه با ذکر، در این روش روزی دو بار و هر بار به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه به خالی کردن از فکر استرس‌های زندگی روزمره و شل کردن عضلات همراه با تنفس عمیق پرداخته می‌شود. آموزش به زنان نخست‌زا در پژوهش حاضر، در پنج نوبت و هر یک به مدت ۴۵ دقیقه، در محل درمانگاه زنان بیمارستان امام علی (ع) آمل انجام شد. در پایان این جلسات از آنان خواسته شد که در منزل خود روزی دو بار و هر بار ۱۵ دقیقه به فن آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی همراه با سی دی صوتی‌ای که پژوهشگر در اختیار آنان قرار داده بود، همراه با اذکاری که به آنان آرامش می‌دهد، داشته باشند. این تمرینات در سه ماه آخر بارداری به زنان نخست‌زای گروه آزمایش داده شدند. روش مراقبه با ذکر، در نزد یوگیان هندی که در حقیقت بنیان‌گذاران این علم هستند، مراقبه مانترا[16] نام دارد. در این روش مراقبه، یعنی مراقبه با ذکر یا مانترا، به یادگیرنده آموزش داده می‌شود که هر وقت با تنفس‌های عمیق و توجه به تنفس، دم و بازدم، ذهنش را کاملاً خالی کرد و کاملاً در فضای سکون و سکوت ذهنش قرار گرفت، به بیان اذکار بپردازد. روش درمانی مورداستفاده در مطالعه حاضر:

۱- خواندن سوره قدر (حداقل ده مرتبه)
۲- تنفس موزون و هدفمند
۳- تجسم اهداف و آرزوها
۴- شکرگزاری از خدا
۵- خاتمه و گفتن ذکرهایی مانند:

الف) الا بذکر الله تطمئن القلوب

ب) افوض امری الی الله انّ الله بصیر بالعباد

ج) ذکر صلوات

د) حسبنا الله و نعم الوکیل نعم المولی و نعم النّصیر

[14]. BAI
[15]. PC
[16]. Mantra meditation

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۵۶-۴۳

ه) لا حول و لا قوّة الاّ بالله العلی العظیم

و) فتوکّل علی الله انّ الله یحبّ المتوکّلین

که به افراد حاضر در پژوهش گفته شد، حداقل از اذکاری که دربند پنج و بخش‌های الف تا و آمده، ۱۰ مرتبه تکرار نماید؛ اما اگر خودش خواست تعداد بیشتری را تکرار نماید، یا ذکر خاصی برایش متجلی شد، همان را بگوید.

به آزمودنی گفته شد که هنگام پرداختن به تمرینات در منزل، بهتر است با وضو باشند؛ رو به قبله بنشینند؛ و موسیقی ملایم بدون کلام نیز داشته باشند.

خواندن سوره قدر: ابتدا کار را با یک صلوات شروع کنید و سپس سوره قدر را بخوانید. خواندن سوره قدر بسیار انرژی‌بخش است و می‌تواند تقدیری عالی برای شما رقم بزند.

تنفس موزون و هدفمند: روزی سه مرتبه و هر دفعه ۱۰ بار داشتن تنفس عمیق که در آن چهار ثانیه دم (هوا وارد ریه‌ها شده) و سه ثانیه نفس را نگه‌داشته و شش ثانیه بعدی بازدم با دهان نیمه‌باز صورت گیرد. بهترین فن تنفس، تنفس عمیق شکمی است؛ یعنی طوری نفس بکشید که هنگام دم شکم شما جلو بیاید و هنگام بازدم داخل برود. تنفس عمیق شکمی، برای کاهش اضطراب بسیار مؤثر است.

تجسم اهداف و آرزوها: در این قسمت به هدفتان که داشتن زایمانی راحت و همراه با سلامت کامل برای خودتان و نوزادتان است، فکر کنید. سعی کنید حداقل ۷۰ ثانیه آرزوی خود را به‌طور واقعی در ذهن مجسم کنید طوری که گویی به آن دست یافته‌اید و در فضای آن هدف واقعاً زندگی می‌کنید. این فن بسیار قوی است (تجسم خلاق).

شکرگزاری از خدا: در این قسمت از خداوند به خاطر تمام نعمت‌هایی که داریم سپاسگزاری می‌کنیم. سپاسگزاری باعث معجزات فراوان در زندگی می‌شود. جملاتی مانند جملات زیر را تکرار کنید:

الهی! آرامش درونم را سپاس
الهی! آسودگی جسمم را سپاس
الهی! شادی درونم را سپاس
الهی! این همه نشاط و سرزندگی‌ام را سپاس
الهی! سلامتی‌ام را سپاس
الهی! انرژی فراوانم را سپاس
الهی! انسان بودنم را سپاس
الهی! امیدواری به خدای مهربانم را سپاس
الهی! توفیق سپاسگزاری خدای عاشقانم را سپاس
امروز اداره همه امورم را به اراده قدرتمند الهی می‌سپارم.

امروز گشایش و آسانی همه امورم را به لطف بی‌پایان الهی می‌سپارم.

خاتمه و گفتن اذکار: خواندن سوره توحید (قل هو الله احد) سه مرتبه و خواندن آیهٔ الکرسی و فرستادن صلوات. می‌توانید در طول ذکرهای قرآنی زیر را هم بکار برید:

الا بذکر الله تطمئنّ القلوب
لا حول و لا قوة الاّ بالله العلی العظیم
فتوکّل علی الله إنّ الله یحبّ المتوکّلین

گفتن ذکر «یا واسع» جهت رفع خوف و ترس از دل به تعداد ۱۳۷ مرتبه نیز مؤثر است.

در پایان این بخش، لازم به ذکر است که: پژوهشگر در تماس تلفنی با گروه آزمایشی، پیگیری‌های لازم را برای انجام تمرینات داشته است. در ضمن دستورالعملی که برای مراقبه در این بخش آمده، به‌صورت تایپ‌شده، در اختیار هر یک از آزمودنی‌های گروه آزمایش قرار گرفت تا در منزل به‌عنوان راهنمای اجرای سلسله مراتبی انجام مراقبه مانترا داشته باشند.

معیارهای ورود در این مطالعه

۱- بر اساس آزمایش‌ها بالینی و تشخیص پزشک متخصص مبتنی بر زایمان نخست باشند.
۲- به بیماری دیگری مبتلا نباشند.
۳- در سنین ۲۵ تا ۳۳ سال قرار داشته باشند.
۴- عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی از زمان تشخیص
۵- دارا بودن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر
۶- کسب نمره بالا در پرسشنامه‌های پژوهش
۷- عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی
۸- موافقت و توانایی شرکت در دوره آموزشی-درمانی پژوهش حاضر

ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش

۱- غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله
۲- عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله
۳- زایمان زودهنگام در حین پژوهش
۴- استفاده از داروهای روان‌گردان برای بهبود خلق

ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه کنترل

ملاحظات اخلاقی

۱) قبل از ورود آزمودنی به درمان برای آن‌ها پژوهشی بودن اجرای کار توضیح داده شود.
۲) آزمودنی که مایل به همکاری و یا مخالف درمان‌های روان‌شناختی بودند از پژوهش خارج شدند.

Journal of Police Medicine
Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 43-56

۳) در همه ئ مراحل، اصل رازداری و محرمانه بودن اطلاعات کلیه آزمودنی‌ها رعایت شده است.
۴) حفظ سلامت روان‌شناختی آزمودنی‌ها در طول درمان در اولیت قرار دارد.
۵) اگر پژوهشگر به‌وضوح دریابد که رویکرد درمانی موردنظر در پژوهش حاضر به سود آزمودنی نیست، فرایند درمان را قطع می‌کند و از مدل درمانی اثربخش دیگر استفاده می‌کند، یا آزمودنی را به متخصص بالینی دیگری ارجاع می‌دهد.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه حاضر در دو بخش توصیفی و تحلیلی ارائه گردیده‌اند.

جدول ۱: توصیف داده‌های پژوهش: گروه آزمایش و کنترل

	گروه – شاخص متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	اضطراب حالت	آزمایش	۱۵	۵۴٫۶	۹٫۹۲
		کنترل	۱۵	۵۹٫۶	۳٫۸۵
	اضطراب صفت	آزمایش	۱۵	۵۵٫۴	۱۵٫۲۲
		کنترل	۱۵	۵۰٫۴	۶٫۱۶
	اضطراب کل	آزمایش	۱۵	۱۱۰	۲۲٫۷
		کنترل	۱۵	۱۱۰	۸٫۵
پس آزمون	اضطراب حالت	آزمایش	۱۵	۴۳٫۲	۱۰٫۳۸
		کنترل	۱۵	۵۸٫۱۳	۱۴٫۶
	اضطراب صفت	آزمایش	۱۵	۴۴	۸٫۶
		کنترل	۱۵	۵۹٫۱	۱۳٫۷۲
	اضطراب کل	آزمایش	۱۵	۸۷٫۲	۱۹٫۱
		کنترل	۱۵	۱۱۷٫۲	۱۹٫۹۵

اولین گزارش از توصیف داده‌های پژوهش حاضر، در رابطه با آرام‌سازی به روش مراقبه همراه با ذکر، در میزان اضطراب زنان نخست‌زا مؤثر است که در جدول ۱ ارائه‌شده است. بر اساس آن تعداد ۱۵ آزمودنی در هر گروه (آزمایش و کنترل) شرکت داشتند.
مقادیر میانگین اضطراب آشکار (حالت) آنان برای دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۵۴٫۶ و ۵۹٫۶؛ میانگین اضطراب پنهان (صفت) برای دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۵۵٫۴ و۵۰٫۴؛ و بالاخره میانگین اضطراب کل برای هر دو گروه ۱۱۰ بوده است. در مرحله پس‌آزمون مقادیر میانگین اضطراب آشکار (حالت) برای دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۴۳٫۲و ۵۸٫۱۳؛ میانگین اضطراب پنهان (صفت) برای دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۴۴ و ۵۹٫۱؛ و بالاخره میانگین اضطراب کل در مرحله پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۸۷٫۲ و ۱۷٫۲ بوده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در اضطراب کل

گروه	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۸۷٫۲	۱۹٫۱
کنترل	۱۱۷٫۲	۱۹٫۹۵

در بخش تحلیل یافته‌ها برای آزمون فرضیه پژوهش، تحلیل کوواریانس یک متغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شده است. نتایج آن در جداول ۲ الی ۵ ارائه شده است. همگنی رگرسیونی بین مقادیر پیش و پس‌آزمون و گروه‌ها که از پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره است، لذا این پیش‌فرض برقرار نیست و باید به‌جای تحلیل کوواریانس یک متغیره[17] از تحلیل واریانس یک‌راهه[18] برای آزمون فرضیه پژوهش استفاده کرد؛ اما چون این دو آزمون مانند هم هستند و نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره دقیق‌تر است؛ از نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می‌شود. در جدول ۲ بخشی از نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس برای متغیر اضطراب کل آمده است.

جدول ۳: آزمون Leven برای برابری خطای واریانس‌ها در گروه‌ها – متغیر (اضطراب کل)

F	Df_1	Df_2	Sig
۰٫۰۶۱	۱	۲۸	۰٫۸۰۶

همان‌گونه که مشهود است، میانگین پس‌آزمون متغیر اضطراب کل برای دو گروه آزمایش و کنترل، به ترتیب ۸۷٫۲ و ۱۱۷٫۲ بوده که معنی‌داری این اختلاف میانگین‌ها آزمون شده است. در این اختلاف میانگین نشان داده شده است. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مقدار F در آزمون لون برای برابری خطای واریانس گروه‌ها معنادار نشده است و این نشان‌دهنده آن است که داده‌های پژوهش مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها را زیر سؤال نبرده‌اند. در جدول ۴ نتایج آزمون بین گروهی در متغیر اضطراب کل، آمده است. لذا اختلاف میانگین گروه‌ها در متغیر اضطراب کل، در مرحله پس‌آزمون، به لحاظ آماری، معنی‌دار است، لذا آرام‌سازی به روش مراقبه همراه با ذکر، بر میزان اضطراب زنان نخست‌زا مؤثر بوده است. تعدیل میانگین، در آزمون تحلیل کوواریانس برای ارائه نتیجه میانگین‌های مؤثر پس از حذف اثر متغیرهای مداخله‌گر است؛ یعنی با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان بیان داشت که آرام‌سازی به روش مراقبه همراه با ذکر، بر میزان اضطراب زنان نخست‌زا مؤثر بوده است.

[17]. ANCOVA
[18]. ANOVA

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۵۶-۴۳

جدول ۴: آزمون بین گروهی – متغیر (اضطراب کل)

منبع	مجموع مجذورات میانگین‌ها	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	Sig	مجذور اتا
مدل	۱۰۲۱۱,۲۶	۲	۵۱۰۵,۶۳	۱۹,۱۴۷	<۰,۰۰۱	۰,۵۸۶
تعامل	۶۳۱	۱	۶۳۱	۲,۳۶۶	۰,۱۳۶	۰,۰۸۱
پیش‌آزمون	۳۴۶۱,۲۶	۱	۳۴۶۱,۲۶	۱۲,۹۸	۰,۰۰۱	۰,۳۲۵
گروه	۶۷۵۰	۱	۶۷۵۰	۲۵,۳۱۴	<۰,۰۰۱	۰,۴۸۴
خطا	۷۱۹۹,۵۴	۲۷	۲۶۶,۶۵			
کل	۳۳۰۷۵۶	۳۰				
کل اصلاح شده	۱۷۴۱۰,۸	۲۹				

نخست‌زای گروه آزمایش ۸۰ و همین مقدار برای گروه کنترل ۴۰ بوده است، از آزمون همبستگی اسپیرمن بین مقادیر به‌دست‌آمده فوق‌الذکر (درصد انتخاب زایمان طبیعی) در هر دو گروه و مقادیر اضطراب پس‌آزمون گروه‌ها استفاده شد. یافته‌های ارائه‌شده در جدول ۵ نشان داد که از تعداد ۱۵ نفر گروه آزمایش، ۱۲ نفر انتخاب زایمان طبیعی داشتند؛ اما از گروه کنترل فقط شش زن انتخاب زایمان طبیعی داشتند. بر اساس نتایج ارائه‌شده در جدول ۵، همبستگی اضطراب حالت با درصد انتخاب زایمان طبیعی در سطح معنی‌داری (صفت) و چه کل مقدار آن، با درصد انتخاب زایمان طبیعی در زنان نخست‌زا ارتباط منفی معنی‌داری دارد. در حقیقت، کاهش اضطراب در زنان نخست‌زا موجب افزایش انتخاب زایمان طبیعی از سوی این زنان می‌شود و لذا فرضیه پژوهش نیز تأیید شد. یعنی کاهش اضطراب در زنان نخست‌زا، بر اثر آرام‌سازی به روش مراقبه همراه با ذکر، موجب افزایش انتخاب زایمان طبیعی (یعنی کاهش انتخاب زایمان سزارین) از سوی این زنان می‌شود. برای بررسی معناداری آن، از تحلیل one way ANOVA استفاده شد، معنی‌دار نشدن

جدول ۵: ضرایب همبستگی اسپیرمن برای درصد انتخاب زایمان طبیعی و ابعاد اضطراب (پس آزمون)

متغیر	شاخص	ضریب اسپیرمن ضریب معنی داری (یک دامنه)
درصد انتخاب طبیعی	۱. اضطراب حالت	−۰,۴۸۸** ۰,۰۰۳
	۲. اضطراب صفت	−۰,۳۴۱* ۰,۰۳۳
	۳. اضطراب کل	−۰,۶۶۴** <۰,۰۰۱

کوچک‌تر از ۰,۰۱ (یعنی p=۰,۰۰۳) معنی‌دار بوده و مقدار این ارتباط نیز ۰,۴۸۸- بوده که ارتباط خوبی است و در جهت انتظار پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین ضریب اسپیرمن برای ارتباط درصد انتخاب زایمان طبیعی با اضطراب صفت گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون در سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰,۰۵ (یعنی p=۰,۰۳۳) ۰,۳۴۱- بوده که ارتباط در سطح انتظار پژوهش است. در نهایت، ضریب اسپیرمن برای ارتباط درصد انتخاب زایمان طبیعی با اضطراب کل گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون در سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰,۰۱ (یعنی p=۰,۰۰۰۱) ۰,۶۶۴- بوده که ارتباط در سطح انتظار پژوهش است. یعنی اضطراب چه در مقیاس آشکار (حالت)، چه در مقیاس پنهان

F نشان‌دهنده آن است که فرض برابری واریانس‌ها برقرار است. سایر یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که با اطمینان ۰,۹۹ می‌توان اظهار داشت که کاهش اضطراب در زنان نخست‌زا در اثر آرام‌سازی به روش مراقبه همراه با ذکر، در کاهش انتخاب سزارین به‌عنوان نوع زایمان از سوی مادران (زنان نخست زا) مؤثر بوده است. همچنین نتایج نشان داد که در گروه آزمایش (گروهی که آموزش آرام‌سازی به روش مراقبه همراه با ذکر را دریافت کردند) انتخاب زایمان طبیعی ۸۰ درصد و زایمان سزارین ۲۰ درصد بوده، ولی در گروه کنترل انتخاب زایمان طبیعی ۴۰ درصد و انتخاب زایمان

Journal of Police Medicine
Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 43-56

سزارین ۶۰ درصد بود. که با مقایسه درصد انتخاب سزارین، در دو گروه، کاهش اضطراب باعث افت (کاهش) انتخاب سزارین به میزان ۶۶٫۶۷ درصد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آرام‌سازی به روش مراقبه همراه با ذکر بر میزان اضطراب زنان نخست‌زا مؤثر است.

نتایج این بخش از مطالعه حاضر با مطالعات داخلی انجام شده توسط میرزایی همکاران [۵]، رحمانی و همکاران [۷]، صالحیان و همکاران [۱۰]، نانبخش و همکاران [۱۱] و همچنین مطالعات بذرافشان و زمانی، صفدری و همکاران، کمالی و همکاران، میرزایی و همکاران و کاویانی و همکاران [۱۸-۱۳] همخوانی داشت. همچنین بسیاری از مطالعات خارجی انجام شده ازجمله ساسیتو و همکاران[۱۹][۹] [۱۹]، ساسیتو و همکاران [۲۰]، دکلرگ و همکاران[۲۰] [۲۱] و ایدریم و شاهین[۲۱] [۲۲] به نتایج مشابهی دست یافته‌اند. هرچند که جانسون و سلید[۲۲] نتایجی مغایر با نتایج مطالعه حاضر را گزارش نمودند [۲۳].

با توجه به اینکه زایمان یک عمل عادی و طبیعی است، ولی اغلب زنان با شروع دردهای زایمانی، احساس تنهایی و درماندگی کرده و درواقع با ابتدایی‌ترین واکنش حسی به‌صورت انقباضات زایمانی، بدن خود را بیشتر منقبض می‌کنند. درنتیجه دوره معیوب درد، باعث تنش و درد بیشتر شده و در پی آن ناراحتی بیمار نیز تشدید می‌شود. تحت چنین شرایطی یک حمایت همه‌جانبه ازلحاظ عاطفی، عقلانی، روانی و جسمی می‌تواند بیمار را به‌خوبی برای زایمان آماده سازد. این حمایت‌ها درگذشته به‌طور سنتی توسط زنان دیگر انجام می‌گرفت. گرچه در دهه‌های اخیر در بیمارستان‌های سراسر جهان مسئله حمایت مداوم از مادران مطرح شده، ولی در واقع ارائه این اقدامات به‌جای یک امر معمول، بیشتر به یک استثنا بدل شده است. به‌طوری‌که گاه نگرانی در خصوص پیامدهای نامطلوب تجربه شونده درروند درد زایمان، تمایل زنان را در بازگشت به روش‌های سنتی سوق داده است.

همچنین در بحث حمایت‌های اجتماعی، برخی از نظریه‌ها معتقدند که افراد به‌واسطه ارتباط با دیگران، توانایی‌ها و نگرش‌های خود را مورد ارزیابی قرار می‌دهند، همچنین توسعه رابطه با دیگران و دریافت حمایت اجتماعی ممکن است به کاهش اضطراب منجر شود [۲۴]. در راستای این نظریه نیز برای تبیین یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان اظهار داشت: با توجه به اینکه آزمودنی‌های گروه آزمایش، در طول سه ماه (سه ماه آخر بارداری) مراقبه درمانی همراه با ذکر برای کاهش اضطراب کار کرده بودند، اعتقادی راسخ یافته بودند که خداوند را همیشه با خودشان حس می‌کنند و دریافت حمایت‌های الهی، می‌تواند برای آن‌ها احساس اطمینان خاصی ایجاد کند که همین امر، موجب کاهش اضطراب آن‌ها و درنتیجه داشتن زایمانی راحت‌تر از گروه گواه بوده است.

لطفی (۱۳۸۱) به نقل از تیچمن[۲۳] (۱۹۷۴) می‌گوید: برخی پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که «دریافت حمایت اجتماعی با کاهش آسیب‌پذیری روان- تنی و اضطراب همراه است». او اضافه می‌کند: واکنش رایج در یک موقعیت استرس‌آمیز این است که افراد مایل‌اند در جستجوی کسانی باشند که آن‌ها را در مقابله با استرس و اضطراب کمک کرده یا سازگار کند. در این مواقع افراد گاهی به دنبال شخص باهوش و کارآمدی هستند و گاهی نیز ممکن است یک شخص صرفاً حمایت‌کننده را ترجیح دهند. بنابراین حمایت اجتماعی به‌عنوان یک متغیر محیطی نقش مهمی در جهت دادن به رفتارها دارد. کارکرد حمایت اجتماعی به تأثیرات روان‌شناختی آن مربوط می‌شود. دریافت حمایت از منابع مختلف مثل دوستان، آشنایان، خانواده و نزدیکان و اجتماع بزرگ‌تر، احساس مورد مراقبت و علاقه بودن، عزت‌نفس و ارزشمندی را در فرد برمی‌انگیزاند [۲۴].

علاوه بر مواردی که به آن‌ها اشاره شد، به لحاظ علمی، تبیین اینکه «روش‌های غیردارویی چگونه عمل می‌کنند؟»، در اینجا ضروری به نظر می‌رسد. روش‌های غیردارویی، ممکن است به‌صورت انتقال درد به مغز عمل کنند؛ مانند تأثیر لمس و تحریکات پوستی. فیبرهای آ- بتا پیام‌ها را خیلی سریع‌تر از فیبرهای سی به مغز مخابره می‌کنند. بنابراین تحریک گیرنده‌های آ – بتا از طریق لمس و تماس پوستی به‌طور واضح باعث اختلال در انتقال پیام درد از طریق گیرنده‌های سی می‌شوند. این پدیده اساس بسیاری از روش‌های کاهش درد در هنگام زایمان است. مثلاً تزریق زیرپوستی آب استریل (۰/۱ سی‌سی) در نقاط مخصوصی روی ساکروم باعث کاهش درد پشت در هنگام زایمان می‌شود.

مکانیسم دیگر روش‌های غیردارویی، مداخله مستقیم بر ادراک درد در قشر مخ است که از این دسته می‌توان از رایحه‌درمانی نام برد. حس بویایی در انسان بسیار قوی است. بو می‌تواند یک محرک قوی برای یادآوری خاطرات باشد. انتقال پیام از گیرنده‌های بویایی آغاز می‌شود، از طریق سلول‌های بویایی به پیاز بویایی در بخش قدامی مغز منتقل می‌شود و از قشر مخ به آمیگدال[۲۴] و هیپوتالاموس می‌رسد. آمیگدال بخشی از سیستم لیمبیک به‌عنوان مرکز احساسات

[19] Saisto et.al.
[20] DeClerg et.al,
[21] Yildirim and Shahin
[22] Johnson and Slade

[23]. Teichman
[24]. Amygdala

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۵۶-۴۳

بدن است. به‌این‌ترتیب می‌توان توضیح داد که چرا بعضی بوها احساسات و عواطف فرد را برمی‌انگیزد. به علت ارتباط قوی بین بو و خاطرات، اغلب بوها اثرات کاملاً شخصی در افراد ایجاد می‌کنند، پس باید برای هر فرد بوی مطلوب خودش را هنگام زایمان استفاده نمود. بوی انتخابی در افراد می‌تواند برانگیزاننده خاطرات عشق، امنیت و احساسات باشد. حس بویایی یکی از پنج حسی است که برای انتقال پیام به مغز از مسیرهای سیناپسی استفاده نمی‌کند. بنابراین ارتباط مستقیم با قشر مخ اجازه می‌دهد که بتوان سریع‌تر و راحت‌تر علائم را به مغز ارسال کرد. ارتباط عصبی بین پیازهای بویایی و هیپوتالاموس شاید بتواند چگونگی تأثیر آن را بر تجربه درد توجیه کند. تأثیرات مستقیم روی محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال به‌خوبی مکانیسم جنگ‌وگریز را به اجرا در می‌آورد. اخیراً تحقیقاتی برای ارزیابی مفید بودن روغن و رایحه‌درمانی در کاهش درد زایمان انجام گرفته است. این روش در کاهش درد زایمان، اضطراب، کاهش تهوع و استفراغ، بهبود وضع مادر یا حتی تشدید دردهای زایمان استفاده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده از تحقیقات، بیش از ۵۰ درصد مادران اظهار داشتند که استفاده از رایحه بسیار مفید بوده است و ۱۴ درصد گفتند که هیچ فایده‌ای نداشته است و در مواردی نیز میزان استفاده از اپیدورال کمتر شده است. اوپوئیدهای آندوژن در مکانیسم کاهش درد توسط روش‌های غیردارویی بسیار مطرح هستند. اوپوئیدهای آندوژن مانند اندروفین، سروتونین و نوراپی‌نفرین، نوروترانسمیترهایی هستند که از انتهای اعصاب رها می‌شوند و مانع از ادراک درد در قشر مغز می‌گردند. اوپوئیدهای آندوژن به رسپتورهای اوپوئید اعصاب پشتی متصل می‌شوند و از انتقال درد جلوگیری می‌کنند. به نظر می‌رسد سروتونین و نوراپی‌نفرین هم اثرات مشابه اوپوئیدها را دارند و هنگام تجویز داروهای ضد سروتونین و نوراپی‌نفرین، اثرات ضد درد آن‌ها کاهش می‌یابد. شاید رهایش اندروفین‌ها از مغز، مکانیسم اصلی روش‌های آرام‌سازی و کاهش درد هنگام زایمان که اغلب ماماها به کار می‌گیرند، باشد. این روش‌ها عبارت‌اند از موسیقی‌درمانی، ایجاد تصویر ذهنی و آرام‌سازی. مطالعات انجام‌شده بر مبنای کنترل دریچه و تأثیر موسیقی نشان داده که عکس‌العمل افراد باعث کاهش تأثیر درد در مغز و کاهش تحریک احساسات، فعال شدن ایمپالس‌های عصبی و درنتیجه بسته ماندن دریچه‌ها در اعصاب پشتی می‌شود. بر طبق تئوری نوروماتریکس هم می‌توان بیان کرد که احساسات و سابقه ذهنی مثبت در دریافت پیام درد مؤثر بوده و ادراک پیام درد را کاهش می‌دهد. زنانی که وضعیت جسمانی خوبی دارند، هنگام انجام فعالیت‌های شدید در بدنشان اندروفین آزاد می‌شود. این زنان معمولاً درد زایمان را راحت‌تر از سایرین تحمل می‌کنند. ملزاک نشان داد زنانی که نسبت وزن به قد بیشتری دارند، تحملشان نسبت به درد زایمان کمتر از زنانی است که نسبت وزن به قد در آنان کمتر است. البته می‌توان گفت که نمره درد در آن‌ها با میزان چربی نسبت مستقیم دارد. سایر مطالعات نشان می‌دهد که بی‌دردی اپیدورال سطح بتا اندورفین‌های پلاسما را کاهش می‌دهد، درحالی‌که در صورت نبود اپیدورال سطح آن‌ها مرتب افزایش می‌یابد. این ماده باعث سرحال شدن و راحتی بیشتر مادر می‌گردد. به این دلیل زنانی که بی‌دردی اپیدورال می‌گیرند بعد از زایمان کمتر احساس سرحالی و راحتی می‌کنند. البته در این زمینه لازم است مطالعات بیشتری انجام شود. بسیاری از روش‌های بی‌دردی غیردارویی کمک می‌کند تا چرخه ترس – تنش – درد متوقف شود. همان‌طور که قبلاً گفته شد با ترشح اندروفین در خون، گیرنده‌های درد مهارشده و درد تخفیف می‌یابد. روش‌های دیگر در بی‌دردی غیردارویی بر پایه کنترل ورودی‌های درد است. تئوری پاتریک وال[25] و رول‌اند ملزاک در سال ۱۹۶۵، علت ایجاد درد زایمان را به هم خوردن تعادل بین پیام‌هایی که از طریق فیبرهای ضخیم و نازک عصبی به طناب نخاعی می‌رسند، می‌داند. اگر فعالیت نسبی فیبرهای ضخیم بیشتر باشد، درد کمتر ادراک می‌شود و یا اصلاً احساس نمی‌شود. اگر فعالیت نسبی فیبرهای نازک بیشتر شود، درد به وجود می‌آید. درواقع تحریک‌های بدون درد مثل ماساژ، ابتدا باعث تحریک فیبرهای ضخیم می‌شود درحالی‌که انقباض رحمی باعث تحریک فیبرهای نازک در طناب نخاعی می‌گردد. پس اگر تعداد تحریک‌های بدون درد بر تعداد تحریک‌های دردآور غلبه کند، درد به آن شکل حاد احساس نمی‌شود. از دیگر مسائل مهم در میزان تحمل درد، وقایع کنونی یا گذشته در زندگی مادر است. همان‌طور که گفته شد، باورها و طرز تلقی‌های مادر در نحوه برخورد و پذیرش درد زایمان اهمیت دارد. «زایمان یک بیماری نیست و مادر باردار هم بیمار نیست» ولی اغلب مردم با زن باردار مثل یک بیمار رفتار می‌کنند. اگر مادر احساس ضعف و بیماری کند، در عمل هم ضعیف و بیمارگونه رفتار خواهد کرد. وقتی مادری خود را بیمار تصور کند، همه مسئولیت تصمیم‌گیری در مورد وضعیتش را به فرد دیگری مانند ماما یا پزشک محول می‌کند. درحالی‌که اگر مادر خود را سالم و سلامت بداند، می‌تواند با استفاده از قدرت درونی خود با درد مواجه شود و برای بهبود وضعیتش هر تصمیمی بگیرد. حتی وقتی‌که اطرافیان تشویقش می‌کنند و به او روحیه می‌دهند، این نیروها را درون خود ذخیره می‌کند تا برای مقابله با درد از این توان استفاده کند. مسائل عاطفی خاصی در زندگی وجود دارد که روی پاسخ درد مؤثر است. این مسائل عبارت‌اند از عدم تلاش برای مبارزه با احساس کسالت، عدم کوشش برای شکستن محدودیت‌ها، احساس ارتکاب جرم،

[25]. Patrick - Wall

Journal of Police Medicine
Spring 2017; Vol. 6, No. 1: 43-56

اعتمادبه‌نفس پایین، تصویر بدنی نامناسب، تلاش برای رهایی، سابقه زایمان سخت، سابقه سوءاستفاده (جسمی- جنسی - عاطفی)، ترس، سردرگمی و نگرانی از زایمان و مادر شدن. در نظر گرفتن همه این نکات در جلسات مشاوره دوران بارداری لازم است. جهت آمادگی مادر برای زایمان باید تمامی واقعیت درد را به شکل مثبتی به مادر توضیح داد.

همه کسانی که با مادران باردار سروکار دارند، باید تلاش کنند تا مادر در مورد احساسات و زمان زایمان و چگونگی غلبه بر آن آگاه شود. روش‌های غیردارویی متعددی وجود دارند که باعث کاهش درد می‌شوند. ضمن آگاه‌سازی مادر از میزان درد و مشارکت هنگام زایمان، می‌توان با معرفی روش‌های بی‌دردی غیردارویی از قبل او را در استفاده از آن یاری نمود. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، باورها و اعتقادات در نحوه برخورد با درد بسیار مهم است. گیلی‌پیترسون[۲۶] کتابی در مورد عوامل برانگیزاننده و فروکش‌کننده حالات روحی مادر هنگام زایمان نوشته است. باورهای برانگیزاننده، حمایتی هستند و باعث افزایش اعتمادبه‌نفس و باورهای فروکش‌کننده، باعث کاهش اعتمادبه‌نفس افراد می‌شوند. نمونه باورهای مثبت، اعتماد داشتن به بدن و اینکه خود می‌داند چگونه این جنین را به دنیا آورد، است. عقیده به این امر که زایمان یک‌روند فیزیولوژیک و طبیعی است و ایمان به اینکه زنان توانمند هستند. افکار منفی که نقطه مقابل باورهای مثبت هستند مانند بدن من از پس این کار برنمی‌آید، زایمان باعث اضمحلال و نابودی بدن می‌شود و باور بر اینکه زنان موجودات ضعیف و ناتوانی هستند و باید وسیله‌ای برای رهایی آن‌ها از این درد وجود داشته باشد. تجربیات گذشته زنان از زایمان و تولد هم تأثیر بسزایی از طرز تلقی ایشان از درد زایمان دارد [۲۵]. در روش هوشیاری با دادن اطلاعات و آگاهی‌های لازم به مادر او را نسبت به وضعیتی که در آن به سر می‌برد، هوشیار می‌سازند. بدین‌ترتیب مادر با علم بر اینکه همه‌چیز کاملاً طبیعی سپری می‌شود، قدرت تحمل بیشتری خواهد داشت. البته در این روش انواع تن آرامی، الگوهای تنفسی و آب‌درمانی هم آموزش داده می‌شود. درروش شنیداری یک زمزمه یا ورد یا دعا که باعث آرامش و قوت قلب مادر می‌شود به او آموخته می‌شود و در فاصله انقباضات مادر تشویق می‌شود که آن‌ها را تکرار کند. البته به‌کارگیری هم‌زمان ابزارهای دیگر مانند موسیقی ملایم، رایحه‌درمانی که باعث آرامش مادر می‌شود، روشن کردن یک شمع، سکوت، نوازش و مهربانی و تاریکی در حفظ آرامش مادر بسیار مؤثر است. اگر تصور شود که وظیفه ماما یا پزشک فقط اداره زایمان و تولد نوزاد است، حقوق زن نادیده گرفته می‌شود، چرا که این اندیشه ازآنجا سرچشمه می‌گیرد که مراقبین بهداشتی زنان را موجوداتی ضعیف، ترسو و ناتوان می‌دانند که حتی قدرت تصمیم‌گیری برای خود را ندارند و اختیار سلامتی خود را به دیگران می‌سپارند. به‌عنوان یک مراقب هرگز نباید از درد زایمان ترسید. درد زایمان مادر را ضعیف نمی‌کند بلکه اگر بیشتر به او توجه شود، باعث افزایش مقاومت و پایداری در او می‌گردد. [۲۶]. *سایر نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کاهش اضطراب زنان نخست‌زا در اثر آرام‌سازی به روش مراقبه همراه با ذکر در کاهش انتخاب سزارین مؤثر است؛ که* با مطالعات داخلی انجام‌گرفته توسط قدسی و حاکم زاده [۳]، حاجیان و همکاران [۸]، صفدری و همکاران [۱۵] و محمدی‌تبار و همکاران، معتمدی و همکاران، توفیقی و همکاران و فروزان و جواهری [۳۰-۲۷] و همچنین مطالعه آلت‌هاب و همکاران (۲۰۰۴) به نقل از کاگینهام و همکاران [۱] همخوان بوده است.

در مطالعه حاضر، یکی از بیشترین دلایل اضطراب، ترس از زایمان طبیعی بوده است و زنان نمی‌دانستند که آیا تحمل درد زایمان را دارند؟ زنان از مرگ و آسیب‌های زایمانی و خونریزی هراس داشتند و به دلیل آن تعدادی از زنان سزارین انتخابی را به زایمان طبیعی ترجیح دادند؛ و این ممکن است علت شیوع بالای سزارین در ایران باشد.

توصیف محیط زایشگاه توسط افراد دیگر به زنان موردمطالعه (مانند شنیدن صدا و گریه افراد) یکی از عوامل مهم در پیشرفت ترس و اضطراب است. در زایشگاه‌های بیمارستان‌های کشور، اتاق خصوصی وجود ندارد و زنان شاهد دیدن و شنیدن درد دیگر زنان هستند و این ترس به زنان دیگر منتقل می‌شود. علاوه بر آن، به علت وجود مسائل آموزشی در بیمارستان‌های علوم پزشکی، تعدد معاینه زنان در حین مراحل لیبر توسط دانشجویان انجام می‌گیرد، باعث افزایش اضطراب در این زنان می‌شود. نتایج این مطالعه نشان داد زنان نخست‌زای گروه آزمایش با توجه به اینکه درزمینه بارداری و زایمان، اطلاع بیشتری از گروه شاهد داشتند؛ ترس و اضطرابشان به‌مراتب کمتر بود. همان‌گونه که در ادبیات پژوهش آمده است: برنامه‌های طراحی‌شده برای کاستن از تعداد زایمان‌های سزارین، عموماً در جهت مسائل زیر متمرکز شده‌اند: آموزش پزشکان؛ بازنگری و بررسی دقیق؛ تشویق کارآزمایی لیبر بعد از سزارین عرضی قبلی؛ و محدود ساختن سزارین‌های انجام شده به علت دیستوشی صرفاً به زنانی که واجد معیارهای کاملاً تعریف شده هستند. آلت‌هاب و همکاران (۲۰۰۴) در یک مطالعه تصادفی شده در ۳۴ بیمارستان امریکای لاتین، گزارش کرده‌اند که «مشاوره اجباری با یک پزشک دیگر» بدون اینکه اثر نامطلوبی بر ناخوشی مادری یا دوران پری ناتال داشته باشد، با کاهشی اندک اما قابل‌توجه در میزان سزارین همراه بوده است [۱]. علاوه بر آن، با توجه به نتایج تحقیقات پیشین،

[26]. Peterson GH.

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۵۶-۴۳

مهم‌ترین عامل مؤثر در انتخاب سزارین به‌عنوان نوع زایمان انتخابی از سوی مادران، خصوصاً مادران نخست‌زا، ترس از زایمان طبیعی (یا واژینال) بوده است و همان‌گونه که بیان گردید، ترس اضطراب را برمی‌انگیزاند؛ چرا که دستگاه اتونوم یا بخش سمپاتیک سیستم اعصاب پیرامونی را برای آماده‌سازی ارگانیسم جهت جنگ‌وگریز آماده می‌کند. لذا می‌توان کاهش اضطراب را، برگشت ارگانیسم به حالت آرامش یا فعال شدن بخش پاراسمپاتیک سیستم اعصاب پیرامونی توجیه نمود و همین کاهش اضطراب، ترس از زایمان طبیعی را کاهش داده، یعنی مهم‌ترین عامل انتخاب زایمان سزارین را از سر راه مادر نخست‌زا برداشته و همین امر موجب شد تا زنان نخست‌زای پژوهش حاضر که در گروه آزمایش بودند و آموزش آرام‌سازی به روش مراقبه همراه با ذکر درمانی داشتند، صددرصد انتخاب زایمان طبیعی داشته باشند. هرچند تعداد چهار نفر از آنان (از ۱۵ نفر) زایمان سزارین داشتند، اما انجام سزارین آن‌ها به دلایل طبی صرف بوده است. علاوه بر آن خاطرنشان می‌شود؛ همان‌گونه که در ادبیات پژوهش حاضر آمده است، یکی از دلایل طبی انجام سزارین، عدم پیشرفت سیر زایمان طبیعی در مرحله فاز فعال زایمان است. نتایج این پژوهش نشان داد که آرام‌سازی به روش مراقبه همراه با ذکر، تحمل درد را افزایش می‌دهد، به‌طوری‌که میانگین شدت درد در دیلاتاسیون‌های چهار، شش و هشت سانتی‌متری مرحله فعال زایمان، در گروه آزمایش کاهش داشته است. این مسئله با تئوری کنترل دروازه‌ای درد ملزاک[۲۷] قابل توجیه است. به این صورت که ایمپالس‌های درد در امتداد فیبرهای کوچک بدون میلین و فیبرهای بزرگ میلین‌دار به طرف نخاع می‌رود. هرچه فیبرهای کوچک بیشتری حس درد را به‌صورت آهسته، مبهم و با شدت کم هدایت کنند، تعداد فیبرهای بزرگ کمتری حس درد را به‌صورت تیز و لوکال انتقال می‌دهند. ازآنجایی‌که انتقال درد توسط فیبرهای کوچک به آهستگی صورت می‌گیرد، می‌توان با تحریک فیبرهای بزرگ قبل از اینکه پیام درد توسط فیبرهای کوچک برسد، پیام دیگری مانند درک تجسم خلاق در کنار رودخانه‌ای در فضای سبز همراه با نوای دلنواز پرندگان و ایجاد آرامشی تصوری همراه با ذکری که به آن آرامش و معنویت می‌افزاید، به مغز مخابره نمود. بنابراین فرد احساس درد کمتری نموده و اضطراب او در اثر کاهش درد، کاهش می‌یابد. محدودیت‌های پژوهش عبارت بودند از کم بودن تعداد آزمودنی‌ها و لذا عدم امکان غربالگری صحیح برای دستیابی به نتایجی دقیق‌تر، کم بودن وقت پژوهشی و لذا عدم امکان پیگیری نتایج، عدم امکانات کار گسترده در بیمارستان بر روی این مادران، به علت آشنا نبودن کارکنان و پزشکان بخش زنان و زایمان با این روش‌های اثربخش غیردارویی. هرچند پژوهشگر، با پیگیری‌های مستمر و تلفنی با این مادران در تماس بوده و تقریباً بخشی ازآنچه در بیمارستان باید انجام می‌شد را به‌وسیله تلفن به این مادران انتقال می‌دادند. عمل سزارین یکی از روش‌هایی است که به‌منظور تولد نوزاد در موارد ضروری استفاده می‌شود، اما این روش ارجح برای زایمان نیست، چرا که مانند هر عمل جراحی دیگر، دارای عوارض و مخاطرات فراوانی برای مادر و نوزاد است. لذا وظیفه برنامه‌ریزان و مسئولین ذی‌ربط است که جهت کاهش میزان سزارین‌های غیرضروری بر اساس واقعیت‌های فرهنگی و علمی، راهکارهای مناسبی ازجمله آموزش صحیح و به‌موقع و مشاوره خانواده و همچنین تهیه امکانات زایمان بی‌درد از روش‌های غیردارویی و زایمان واژینال پس از سزارین را اتخاذ نموده تا بتوان از این طریق با کاهش عوارض احتمالی این عمل جراحی، گامی مؤثر در جهت ارتقای سطح سلامت مادران و نوزادان برداشت. جهت دستیابی به این هدف پیشنهاد می‌گردد که ابتدا باید فرهنگ سزارین را در جامعه تغییر داد. جهت تغییر این فرهنگ و منطبق کردن آن با اصول علمی و پزشکی، اولین گام آگاه‌سازی مردم به‌خصوص مادران و رفع سوءتفاهم‌ها و همچنین بالا بردن سطح علمی پزشکان، بالأخص پزشکان متخصص زنان و زایمان است. کلیه مادران در دوران بارداری به هنگام دریافت مراقبت‌های دوران بارداری باید تحت مشاوره‌های صحیح به‌وسیله افراد آموزش‌دیده درباره انتخاب روش زایمان قرار گیرند. برنامه‌ریزی صحیحی باید صورت گیرد تا در برنامه‌های مراقبت دوران بارداری، کارکنان سیستم بهداشتی، اهمیت و عوارض روش‌های زایمانی و عوامل خطرساز مربوطه را به‌طور کامل برای مادران تشریح نمایند تا آن‌ها بتوانند به‌طور آگاهانه تصمیم صحیحی بگیرند. می‌توان علاوه بر بالا بردن سطح آگاهی آنان، از یکی از روش‌های غیردارویی کاهش اضطراب، مانند پژوهش حاضر از روش آرام‌سازی با مراقبه همراه با ذکر درمانی، برای کاهش اضطراب زنانی که برای سه‌ماهه آخر بارداری مراجعه می‌کنند، بهره‌برداری شود. با افزایش تبحر کارکنان آموزش‌دیده در این زمینه‌ها و بهبود امکانات و تجهیزات زایمان واژینال ایمن برای مادران، حتی زایمان مهبلی[۲۸] پس از سزارین نیز امکان داشته و با این کار میزان موفقیت در جهت کاهش آمار سزارین به‌مراتب فزونی خواهد یافت.

منابع

1. Kagingham FG, Lonok J, Bloom SL, Hass JC, Espong YK. Pregnancy and childbirth, Williams,

[27]. Melzack

[28] Vaginal

11.Nanbakhsh F, Zadeh Mohammadi A, Jalili N, Ahmadnejad E. The effect of music in reducing the pain and stress during delivery. Urmia medical journal. 2009;20(3):209-14.
12.Painless Delivery Guidline No. 16. 2004 [cited 2016]. In: Managed Care [Internet]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, [cited 2016]; [70-4]. Available from: treatment.sbmu.ac.ir/uploads/0013-managed_care.pdf.
13.Houman HA. Abdoli N. anxiety test mode - spielberger trait. Tehran: Behavioral Science Research Institute, cognitive Sina.2010.
14.Bazrafshan M, Ghorbani Z. The effect of slow stroke back massages on anxiety among primigravid women. Hayat. 2010; 16 (1):34-40. [Persian]
15.Safdari Dehcheshmaei F, Salehiyan T, Kazemeyan A, Frouzandeh N, Safarzadeh A, Hassanpour A. The effect of music on labor pain in the active phase of the first stage of labor in primiparous women. J Shahrekord Univ Med Sci. 2009; 10 (4):65-71. [Persian]
16.Kamali S, Alizadeh S, Jafari E. The effect of supportive behaviours on labor pain process in primigravidas. Qom Univ Med Sci J. 2010; 4 (2):14-18. [Persian]
17.Mirzaee F, Kaviani M, Jafari P. Effect of reflexology on anxiety level in nuliparous women. Hayat. 2010; 16 (1):65-71. [Persian]
18.Kaviani M, Gholami Zh, Azima S, Abasnia K, Rajaeifard A. The comparison of superficial and vibration massages on backache during labor in primiparous women. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2011, 14(3): 43-48. [Persian]
19.Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Könönen T, Halmesmäki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. Obstetrics & Gynecology. 2001; 98 (5, Part 1): 820-6.
20.Saisto T, Toivanen R, SALMELA-ARO K, Halmesmäki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica; 2006; 85 (11): 1315-9.
21.Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Risher P. Listening to mothers: report of the first national U.S. Survey of Women's childrearing experience. New York: Maternity Center Association; 2003. P 276.
22.Yildirim G, Sahin NH. The effect of skin simulation techniques on labor pain perception of 2 issue. Translated by: Ghazi Jahani B, Ghotbi R. Tehran: Golban Pub, 2011, 23th edition.
2. Pirdel M, Pirdel L. perceived environmental stressors and pain perception during labor among primiparous and multiparous women. J Reprod Infertil. 2009; 10(3): 217-223.
3. Ghodsi Z, Hakemzadeh F, Maternal experience of painless delivery with En2nox in women referring to Taamin Ejtemaee Hospital of Hamedan in 2009: A phenomenological study. Arak Medical University Journal (AMUJ) 2011; 14(54): 78-86.
4. Taghiloo S. The effect of the holy Quran reading instruction on stress reduction in the young and adolescents. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2009;18(71):72-81.
5. Mirzaei F, Keshtgar M, Rajaeifard A. The effect of lavender essence smelling during labor on cortisol and serotonin plasma levels and anxiety reduction in nulliparous women. Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2009; 16(3): 245-254.
6. Aghamohammadi A, Behmanesh F, Zafari M, Tofighi M. Effect of using transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) in acupuncture points [Hegu (LI4) and Sanyinjiao (SP6)] on duration of the first stage of labor. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2011;13(2):19-24.
7. Rahmani-Bilandi R, Khakbazan Z, Bahri N, Baloochi T, Khargani R. The effect of food intake during labor on pain and anxiety in pregnant women. Zahedan Journal of research in medical sciences. 2012;13(8):44-7.
8. Hajiaan S, Vakilian K, Shariati M, Ajami M, The views of pregnant women, midwives, anesthesia professionals of Obstetricians and Gynaecologists about delivery: a qualitative study. Payesh. 2011, 10(1): 39-48.
9. Ozgoli G, Dolatian M, Sheykhan Z, Valaei N. Study of sexual function and satisfaction in women with vaginal delivery and cesarean referring to Health Center of Shahid Beheshti Medical University; 2008. Pajoohandeh journal. 2011;15(6):257-63. [Persian]
10.Salehian T, Safdari F, Pirak A, Kazemian A, Atarodi Z, Navabi Rrigi SH. Effects of acupressure at the hugo point (li4) on labor pain and duration of delivery in nulliparous women. Scientific journal of Ilam University of Medical Sciences, 2011, 18(4): 12-19.

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۶- دوره ۶- شماره ۱- صفحات ۵۶-۴۳

Turkish women. Pain Res Manage; 2004; 9 (4): 183-7.
23.Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2002;109(11):1213-21.
24. Lotfi H. Social Psychology / The psychology of social conformity (theories and applications). Tehran: Hamid Lotfi. 2002. [Persian]
25.Peterson GH, Mehl LE. Pregnancy as healing: Mindbody Press; 1984.
26.Torkzahrani Sh, Mashhor A. Preparation for childbirth and non-pharmacological methods of pain relief (guide doctors and midwives). Tehran: Specialized media. 2010.
27.Mohammaditabar, S, Kiani, A, Heidari M. The survey on tendencies of primiparous women for selecting the mode of delivery. Journal of Babol University of Medical Sciences (JBUMS). 2009; 11 (3):54-59 [Persian]
28.Motamedi M, Afshari P, Latifi SM. Investigating the effect of maternal elective position during active phase on the first pregnancy outcome. Journal of Knowledge & Health. 2009;4(1):30-5. [Persian]
29.Tofighi Niaki M, Behmanesh F, Mashmuli F, Azimi H. The effect of prenatal group education on knowledge, attitude and selection of delivery type in primiparous women. Iranian Journal of Medical Education. 2010;10(2):124-30. [Persian]
30.Forozan A, Javaheri S. Cesarean section and related factors in governmental and private hospitals of Isfahan. Journal of health system research. 2011, 6(1): 79-85.[Persian]