

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب حاملگی، ترس از زایمان و بهبود کیفیت زندگی در مادران با اولین بارداری

شروین هلالان^۱، محبوبه هادی پور^۲

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، خوراسگان، اصفهان، ایران
^۲ استادیار، گروه روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، خوراسگان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب حاملگی، ترس از زایمان و بهبود کیفیت زندگی در مادران با اولین بارداری بود. روش تحقیق این پژوهش نیمه آزمایشی با گروه آزمایش و کنترل و پیش آزمون-پس آزمون بود و جامعه آماری را کلیه زنان درحال تجربه اولین بارداری در شهر اصفهان تشکیل داد که به صورت هدفمند از بین زنان مراجعه کننده به کلینیک های زنان و زایمان و بیمارستان شهید بهشتی اصفهان، ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر) آزمایش و کنترل قرار گرفتند. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه اضطراب حاملگی (PA-Q)، پرسشنامه ترس از زایمان (FOC-Q)، کیفیت زندگی (QOL-Q) استفاده گردید. همچنین گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای آموزش ذهن آگاهی را دریافت نمودند و گروه کنترل مداخله ای دریافت ننمودند. نتایج نشان داد آموزش ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب حاملگی، ترس از زایمان و بهبود کیفیت زندگی درمادران با اولین بارداری اثربخش است. لذا ذهن آگاهی می تواند مداخله ای مناسب جهت کاهش اضطراب حاملگی، ترس از زایمان و بهبود کیفیت زندگی درمادران با اولین بارداری به کار گرفته شود.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، اضطراب حاملگی، ترس از زایمان، کیفیت زندگی، مادران.

۱. مقدمه

بارداری در کنار سایر کارکردهای خانواده از جمله دلبستگی، عشق، همراهی و برطرف کردن نیازهای روانشناختی از مهم‌ترین کارکردهای خانواده به شمار می‌رود و داشتن فرزند، همواره یکی از خواسته‌های بشر بوده‌است؛ به‌طوری که بسیاری از افراد، علت ازدواج خود را داشتن فرزند ذکر می‌کنند. بنابراین زایمان نقطه عطفی مهم در طول زندگی یک مادر می‌باشد که در طی آن تجارب مهمی به دست می‌آورد و این تجارب در طول زندگی همواره با آن‌ها باقی می‌ماند. از طرفی زنان باردار یکی از گروه‌های حساس و آسیب‌پذیر جامعه از نظر سلامت روان به شمار می‌آیند (صفرعلی نژاد، اویسی، ساریچلو و جورابچی، ۱۳۹۷). اغلب مادران از تجربه زایمان خود به عنوان سخت‌ترین کاری که آن‌را انجام داده‌اند سخن می‌گویند (اوکونل، لهی-وارنن، کنی و خاشان، ۲۰۱۹). بنابراین دوران بارداری می‌تواند برای مادران، منبع تهدید و استرس باشد. آمارها نشان داده‌است که ۸۰ درصد زنان درمورد زایمان نگران‌اند (فیشر، هاگ و فنویک، ۲۰۰۶). تجربه زایمان به عنوان یک رویداد زندگی فردی که ترکیبی از فرآیندهای فیزیولوژیکی و ذهنی-روانی است، تعریف می‌شود که تحت تأثیر زمینه‌های اجتماعی، محیطی، سازمانی و سیاست‌ها قرار می‌گیرد (وب، بوند، رومرو-گونزالس، میکرافت و آیرز، ۲۰۲۱). ولذا تجاربی که مادران، به‌ویژه مادران نخست‌زا از فرایند زایمان کسب می‌کنند به عنوان یکی از پیامدهای مهم زایمان تلقی شده و این تجارب در طول زندگی همواره با آن‌ها باقی می‌ماند (بولدون و امول، ۲۰۲۱). تجربیات دردوران بارداری و در طول زایمان، چندبعدی بوده و می‌تواند با انواع احساسات از جمله احساسات مثبت (مثل شادی، عشق و...) و یا احساسات منفی (مثل اضطراب، وحشت، خشم و...) همراه باشد (زنگین، بفلی، کاکا، تیریکی و سینار، ۲۰۲۰). احساسات منفی ناشی از بارداری بیشتر از هر عامل دیگری می‌تواند منجر به ناخشنودی مادران از تجربه بارداری باشد. از طرفی مراحل روانشناختی بارداری که به عنوان همجوشی، تمایز و جدایی توصیف شده‌است، از سه دوره سه ماهه بارداری پیروی می‌کند و نگرانی‌ها در طی دوران بارداری در طی سه مرحله تجربه می‌شود. در مرحله نخست، نگرانی درمورد سقط جنین و یا این که کودک، ناقص یا بیمار متولد شود، شروع می‌شود. در سه ماهه دوم، زن باردار کودک را به عنوان یک فرد در نظر می‌گیرد. این اتفاق اغلب با شروع احساس حرکات جنین اتفاق می‌افتد. مادر در این دوره با سوالاتی مربوط به هویت شخصی خود و نقش مادری‌اش مواجه می‌شود. این مرحله معمولاً یک دوره پایدار و آرام می‌باشد. در آخرین مراحل، زن درباره تولد کودک خیال‌پردازی می‌کند، اما درمورد سلامتی کودک نیز نگرانی دارد. بنابراین، داشتن احساسات منفی از قسمت‌های معمول بارداری، طبیعی بوده و اغلب در ابتدای بارداری بیشتر است، در اواسط بارداری کاهش یافته و هرچه به پایان نزدیک می‌شود بیشتر می‌شود (هیلدینگسون و لاراسون، ۲۰۲۱). اگرچه نگرانی‌ها ابزار مفیدی برای مقابله با یک وضعیت یا چالش جدید یا خارجی می‌باشد اما نگرانی‌هایی که منجر به حل مسئله نمی‌شوند می‌توانند منجر به ترس و اضطراب شوند. ولذا برخی از خانم‌ها در طی دوران بارداری یا زایمان، احساسات منفی مختلفی تجربه می‌کنند و این احساسات منفی ممکن‌است منجر به ایجاد ترس از زایمان^۷ در ایشان گردد که تأثیر بسزایی بر روی سلامت روان آن‌ها می‌گذارد (بسکایا و

^۱ O'Connell, Leahy-Warren, Kenny & Khashan^۲ Fisher, Hauck & Fenwick^۳ Webb, Bond, Romero-Gonzalez, Mycraft & Ayers^۴ Buldum & Emül^۵ Zengin, Bafali, Kaka, Tiryaki & Cinar^۶ Hildingsson & Larsson^۷ fear of pregnancy

لکیوگولو^۸، ۲۰۲۳). ترس از زایمان یک احساس منفی است که به دو صورت بروز پیدا می‌کند. ترس ناشی از پیش‌بینی در دوران بارداری و ترس ناشی از انتظار زایمان (کوسکونر-پوتور، ماموک، ساهین، دمیریک و هملاچی^۹؛ ۲۰۱۷) که طیف وسیعی از تجربیات من جمله ترس شدید و غیرمنطقی تا ترس خفیف و منطقی را شامل می‌شود که در حالت شدید، به صورت اضطراب زیاد، ترس آشکار، کابوس‌های شبانه، مشکلات جسمانی، مشکل در تمرکز و اختلال در عملکرد روزانه در زمینه‌های خانوادگی، کاری و ... خود را نشان می‌دهد (وکیلان، ۲۰۱۵). بنابراین ترس از زایمان یک مشکل شایع در زنان باردار است و تخمین زده می‌شود که ۵-۲۵ درصد از زنان باردار، دچار ترس از زایمان هستند؛ بطوری که از هر ۵ زن باردار، ۱ نفر مبتلا به ترس از زایمان است (نصیری و شریفی، ۲۰۱۳؛ وکیلان، ۲۰۱۵؛ اندرون، کوردی، کیمیایی و اسمائیلی، ۲۰۱۷؛ تاتا، اسماعیل‌پور، نجف‌زاده، نادر محمدی و میرغفوروند، ۲۰۲۲). همچنین شدت ترس از زایمان بین زنانی که قبلاً تجربه زایمان داشته‌اند و زنانی که اولین بارداری خود را تجربه می‌کنند، متفاوت است. زنان در نخستین بارداری خود سطح بالاتری از ترس زایمان را تجربه می‌کنند که به نظر می‌رسد این فرآیند به دلیل نداشتن تجربه قبلی باشد. در همین زمینه پژوهش‌ها نشان داده‌است که نگرانی درباره سلامتی نوزاد، ترس نسبت به توانایی‌های خود برای زایمان، نگرانی در مورد ازدست دادن کنترل، ترس از درد، ترس از مرگ، ترس از مشکلات غیرمنتظره هنگام زایمان و نگرانی راجع به مشکلات جنسی پس از زایمان از مواردی هستند که بیشترین ترس و نگرانی را در زنان باردار ایجاد می‌کنند (اما و همکاران^{۱۰}؛ ۲۰۱۷). بنابر آنچه بیان گردید ترس از زایمان تمام توجه زن را در طول بارداری اشغال می‌کند و در نتیجه زن لذت باردار بودن و فرایند مادر شدن را از دست می‌دهد (سالومونسون^{۱۱}؛ ۲۰۱۳). همچنین حالات روانی و هیجانی مادر بر نوزاد نیز موثر است. تغییرات هیجانی، اضطراب و بدتنظیمی هیجانی مادر با تاثیر بر دستگاه عصبی سبب آزاد شدن برخی عصب‌رسانه‌ها مثل استیل‌کولین و اپی‌نفرین شده و این عصب‌رسانه‌ها با منتقل شدن از طریق جفت به جنین سبب افزایش حرکات جنین می‌شود و اثرات سوء بر خلق کودک در آینده دارد (اخلاقی و فریده، ۱۳۹۱). از این رو یکی دیگر از متغیرهایی که بر سلامت روان زنان در دوران بارداری موثر می‌باشد اضطراب حاملگی^{۱۲} است. اضطراب^{۱۳} به عنوان بخشی از زندگی انسان به عنوان پاسخی به یک تهدید و خطر در همه‌ی افراد در سطح متعادل وجود دارد و تا این حد، به عنوان یک پاسخ طبیعی در نظر گرفته می‌شود اما اگر اضطراب از حدی که می‌تواند سودمند باشد بیشتر شود و جنبه‌ی مزمن و مداوم پیدا کند، نه تنها نمی‌توان آن را به عنوان پاسخی سازش‌یافته دانست بلکه باید آن را به منزله شکست و سازش نایافتگی تلقی کرد که ممکن است فرد را دچار اختلالات اضطرابی کند و در زندگی او محدودیت ایجاد کند. زنان در اولین تجربه بارداری خود به دلیل نداشتن تجربه و شناخت کافی ممکن است دچار اضطراب حاملگی^{۱۴} شوند (مالگورا و همکاران^{۱۵}؛ ۲۰۱۸). تخمین‌های مربوط به نرخ شیوع اضطراب بارداری متنوع است و بین ۱۵ تا ۹۰ درصد گزارش شده‌است و احتمالاً این تنوع

^۸Başkaya & İlçioğlu

^۹Coşkuner Potur, Mamuk, Sahin, Demirci & Hamlaci

^{۱۰}Emma et al

^{۱۱}Salomonsson

^{۱۲}Pregnancy anxiety

^{۱۳}Anxiety

^{۱۴}Pregnancy anxiety

^{۱۵}Molgora et al

درآمار به دلیل عدم توافق درمورد تعارف و روش‌های اندازه‌گیری این مولفه می‌باشد (برایتون، گاسپر و درایر، ۲۰۲۱^{۱۶}). اضطراب حاملگی عبارت است از افکار و باورهای ناکارآمد، تحریفات شناختی متعدد و پردازش‌های شناختی و ذهنی تحریف‌شده در زنان باردار درمورد فرایند بارداری که منجر به اختلال در عملکرد کلی ایشان می‌شود (نژاد حسینیان، بختیارپور و زنگنه مطلق، ۱۴۰۰). از جمله عواملی که باعث ایجاد اضطراب حاملگی در زنان باردار می‌شود، می‌توان به ترس از درد، عوامل شخصیتی، مشکلات روانی-اجتماعی، احساس درماندگی در پیش‌بینی روند زایمان، اضطراب درمورد فرزند، احساس عدم دریافت حمایت از اطرافیان و سطح سواد کم اشاره کرد (اوتلی، ۲۰۱۱^{۱۷}). این اضطراب و ترس، به مغز منتقل شده و ترشح هورمون‌های استرسی مانند کورتیزول را در مادر افزایش می‌دهد و تاثیرات منفی بر جنین می‌گذارد (اسمیت، شوامنی، گالبالی، اشمید و دالن، ۲۰۱۹^{۱۸}). بنابراین از جمله تاثیرات اضطراب حاملگی می‌توان به زایمان زودرس، تولد نوزاد با وزن کم، کاهش نمره آپگار، شکاف کام و سقط جنین اشاره کرد. همچنین می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات سلامت روان کودک، بیش‌فعالی، مشکلات تغذیه‌ای، اختلالات گوارشی، تحریک‌پذیری، تندخویی، مشکلات تکلم و حافظه در کودک شود (بازول و همکاران، ۲۰۱۷^{۱۹}). بنابر آنچه بیان گردید دوران بارداری همراه با تغییرات زیادی در ابعاد سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی بوده که منجر به اضطراب، پریشانی و نگرانی می‌شود و در نهایت کیفیت زندگی زنان باردار را تحت تاثیر قرار می‌دهد (برجسته، مقدم‌تبریزی، ۱۳۹۵). از این رو متغیر دیگری که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفت، کیفیت زندگی در زنان باردار نخست‌زا بود. امروزه تغییرات در سبک زندگی باعث افزایش توجه‌ها به کیفیت زندگی شده‌است و اهمیت این مسئله تاحدی بوده که صاحب نظران توجه خود را بر مراقبت‌هایی جهت بهبود این مولفه معطوف کردند (چوی و همکاران، ۲۰۱۸^{۲۰}) و کیفیت زندگی زنان باردار نخست‌زا نیز از این قائله مستثنی نیست. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی به معنای ادراک فرد از موقعیت زندگی در زمینه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی کرده و ارتباطی که با استانداردها، اهداف، انتظارات و موضوعات پیرامونی برقرار می‌کند، می‌باشد (فیشر، مارگری و بروتو، ۲۰۱۹^{۲۱}). به عبارت دیگر کیفیت زندگی مفهومی است که سلامت شخصی، وضعیت روانی، سطح استقلال و ارتباط با محیط بر آن موثر است و هر عاملی مانند ترس از زایمان و اضطراب حاملگی که بر احساس خوب بودن و توانایی زنان باردار در انجام فعالیت‌های روزمره تاثیر منفی بگذارد باعث پائین آمدن کیفیت زندگی آنان می‌گردد (گلی، فیروزه، احمدی، ۲۰۱۲). همچنین پژوهش‌ها حاکی از آن است که تغییرات هیجانی، ارتباطی و جسمانی که زنان در دوران بارداری تجربه می‌کنند موجب می‌شود که کیفیت زندگی آنان دستخوش تغییرات گردد (کاراکو و همکاران، ۲۰۲۰^{۲۲}). همچنین از عوامل دیگری که کیفیت زندگی زنان در دوران بارداری را تحت تاثیر قرار می‌دهد می‌توان به عوامل جمعیت‌شناختی مثل سن مادر، سن بارداری، شاخص توده بدنی، سطح تحصیلات و شغل مادر، دلبستگی به والدین خویش و سلامت جنین در طول بارداری و پس از بارداری اشاره نمود (استبساری و همکاران، ۲۰۲۰). مسائل مذکور به خوبی نشان

^{۱۶} Brunton, Gosper & Dryer

^{۱۷} Otley

^{۱۸} Smith, Shewamene, Galbally, Schmied & Dahlen

^{۱۹} Boswell et al

^{۲۰} quality of life

^{۲۱} Choi

^{۲۲} Fischer, Marguerie & Brotto

^{۲۳} Caracho et al

می‌دهد که توجه به سلامت روان زنان در دوران بارداری تا چه میزان اهمیت دارد و در نتیجه تاکنون مداخلات درمانی و آموزشی بسیاری جهت افزایش سلامت روان زنان باردار به کار گرفته شده است. یکی از مداخلاتی که در این دوران می‌تواند کاربردی باشد و منجر به کاهش و رفع مشکلات، معضلات و بحران‌های دوران بارداری شده و باعث ارتقاء سلامت روان زنان باردار می‌شود، آموزش ذهن‌آگاهی^{۲۴} می‌باشد (چانگ و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند بر کنترل افسردگی، اضطراب، استرس، بهزیستی روان شناختی، علائم جسمانی و افزایش کیفیت زندگی زنان باردار موثر باشد (اسلامی، علیپور، نجیب و آقاییوسفی، ۲۰۱۷). بنابراین آموزش ذهن‌آگاهی یکی از مداخلات امن و قابل قبول برای حمایت از مادران در دوران بارداری می‌باشد که با تأکید بر مشکلات روان شناختی رایج مثل اضطراب و افسردگی، در کاهش مشکلات معمول سلامت روان در حاملگی مؤثر است (هال، بتی، لاو، ایست و بیرو، ۲۰۱۶). افرادی که ذهن‌آگاهی دارند قادر به درک واقعیات درونی و بیرونی به صورت آزادانه و بدون تحریف هستند و توانایی زیادی برای مواجه شدن با دامنه گسترده‌ای از افکار، حالات هیجانی و تجربه‌ها دارند. (کابات‌زین، ۲۰۰۶). بنابر آنچه بیان گردید ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. پایه ذهن‌آگاهی از مراقبه بودائیسیم گرفته شده که منجر به افزایش ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه که فراتر از فکر است، می‌شود. ذهن‌آگاهی از درمان‌های نسل سوم به حساب می‌آید. از ویژگی‌های درمان‌های نسل سوم می‌توان به تمرکز بر پذیرش، ارزش‌ها، روابط، همجوشی‌زدایی، منطق عملکرد درمان و رابطه درمانگر - درمانجو اشاره کرد (هیز و همکاران، ۲۰۰۴). باتوجه به این که بارداری با دلهره‌ها و نگرانی‌هایی پیرامون فرزندآوری و فرزندپروری همراه می‌باشد و می‌تواند سلامت روان زنان را تهدید کند و این به هم‌ریختگی‌های روانی طی دوران بارداری، اثرات منفی بر سطح کیفیت زندگی و بهزیستی خصوصی زنان ایجاد می‌کند و با توجه به این مسئله که مداخلات درمانی برای مولفه‌های مذکور، شامل روان‌درمانی و دارودرمانی می‌باشد؛ ولی به دلیل شرایط ویژه در زنان باردار و عوارض جانبی داروها برای سلامت جنین و مادر، مداخلات روان شناختی در اولویت قرار می‌گیرند و حتی زنان باردار نیز مداخلات روان شناختی ایمن را نسبت به دارودرمانی، بیشتر ترجیح می‌دهند، می‌توان چنین استنباط کرد که این مسئله در زنان نخست‌زا از اهمیت بیشتری برخوردار است. ولذا مداخلات آموزشی و روانشناختی من جمله آموزش ذهن‌آگاهی برای ایشان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و منجر به افزایش سلامت روانی ایشان می‌شود و در نتیجه پیشگیری و تشخیص به موقع اضطراب حاملگی و ترس از زایمان، زنان را قادر می‌سازد تا سختی و چالش‌های موجود در این دوران را به خوبی پشت سر گذارند و کیفیت زندگی خود را ارتقاء دهند (ماده‌اوان پراداکارن، ۲۰۱۵). باتوجه به آنچه بیان گردید هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب حاملگی، ترس از زایمان و بهبود کیفیت زندگی در مادران با اولین بارداری می‌باشد.

^{۲۴} mindfulness

^{۲۵} Chang et al

^{۲۶} Hall, Beattie, Lau, East & Biro

^{۲۷} Kabat-Zinn

^{۲۸} Hayes

^{۲۹} Madhavanprabhakaran

۲. مواد و روش

روش پژوهش حاضر باتوجه به هدف آن از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان درحال تجربه اولین بارداری درشهر اصفهان بود و از جامعه‌آماري مورد مطالعه با درنظر گرفتن ملاک های ورود و خروج، به‌صورت هدفمند از بین زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان و بیمارستان شهید بهشتی اصفهان ۳۰ نفر انتخاب و از این ۳۰ نفر به‌صورت گمارش تصادفی، ۱۵ نفر درگروه آزمایش و ۱۵ نفر درگروه کنترل قرار گرفتند و پرسشنامه‌های پژوهش دربین آن‌ها پخش‌گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت است از: تجربه اولین بارداری، عدم ابتلا به بیماری‌های روانشناختی حاد، عدم مصرف مواد مخدر یا داروهای روانپزشکی و عدم دریافت مداخلات روانشناختی همزمان و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت است از: تجربه بارداری بیش از یکبار، ابتلا به بیماری‌های روانشناختی حاد، مصرف مواد مخدر یا داروهای روانپزشکی و دریافت مداخلات روانشناختی همزمان. این معیارها باتوجه به هدف پژوهش و به حداقل رساندن تاثیر متغیرهای مزاحم و مداخله‌گر دیگر در طی مصاحبه‌های اولیه مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۵ نفر گروه آزمایش طی ۸ جلسه یک الی یک ساعت و نیمی، تحت آموزش پروتکل ذهن‌آگاهی کابات‌زین و همکاران (۱۹۹۲) قرارگرفتند و ۱۵ نفر گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از آن ابزارهای پژوهش برروی هر دو گروه آزمودنی به‌اجرا درآمد.

۳. ابزارهای پژوهش

الف. پرسشنامه اضطراب حاملگی (PAQ) (۱۹۸۹):

این پرسشنامه توسط وندنبرگ^۱ به‌منظور سنجش اضطراب حاملگی طراحی و تدوین شده‌است که دارای ۱۷ سوال و ۵ مولفه ترس از زایمان، ترس از زائیدن یک کودک معلول جسمی یا روانی، ترس از تغییر درروابط زناشویی، ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک و ترس از تغییرات درزندگی شخصی مادر می‌باشد و بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای که شامل ۱ (اصلاً درست نیست)، ۲ (به‌سختی قابل قبول است)، ۳ (بیشتر از آنکه صحیح باشد غلط است)، ۴ (به‌طور متوسط درست است) ۵ (تاحدی درست است) ۶ (به‌مقدار قابل توجهی قابل قبول است) و ۷ (کاملاً درست است) درجه‌بندی می‌شود. نمرات اعضای نمونه در این پرسشنامه از ۱۷ (کمترین نمره) تا ۱۱۹ (بیشترین نمره) درنوسان می‌باشد. لازم به ذکر است که این پرسشنامه دارای نمره‌ی کل بوده و هر چه امتیاز حاصل‌شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر اضطراب حاملگی خواهد بود و بالعکس. در پژوهش کارآموزیان، عسکری زاده، بهروزی (۱۳۹۵) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده‌است و همچنین ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده درپژوهش کارآموزیان، عسکری زاده، بهروزی (۱۳۹۵) برای پایایی این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شده است.

ب. پرسشنامه ترس از زایمان (CAQ) (۱۹۸۸):

این پرسشنامه توسط هارمن^۲ آذر ۱۶ سوال ساخته شده‌است و توسط لوئی آذر سال ۲۰۰۰ مورد بازنگری قرارگرفته است که برای سنجش ترس از زایمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه، خرده‌مقیاس نداشته و از ۱۴ سوال تشکیل شده است. پاسخ سوالات به‌صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (اصلاً، کم، متوسط و زیاد) می‌باشد که برای هر سوال به‌ترتیب، پاسخی بین یک تا چهار درنظر گرفته‌شده است. به‌این ترتیب امتیازها دامنه ۱۴ تا ۵۶ را شامل می‌شود. نمره بیشتر، نشان‌دهنده ترس بیشتر است. باتوجه به اینکه درمورد ترس از زایمان نمره برشی وجود نداشت، درتعیین نمره برش، تحقیقات مشابه خارج از

^۱Vandenberg

^۲Harman

^۳Lowe

کشور مورد توجه قرارگرفت ونمره میانه (یعنی ۲۸ یا بیشتر) به عنوان ترس از زایمان در نظر گرفته شد. ضریب پایایی این پرسشنامه در ایران در مطالعه ی خرسندی (۱۳۸۷)، ۰/۸۵ گزارش شد.

ج. پرسشنامه کیفیت زندگی (QOLQ) (۲۰۰۰):

جهت بررسی کیفیت زندگی از پرسشنامه فرم کوتاه ۲۶ سوالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده گردید. این فرم دارای ۲۶ سوال ۵ گزینه‌ای بامقیاس پاسخگوئی پنج درجه‌ای لیکرت (اصلاً=۱ تا خیلی زیاد=۵) است. لازم به ذکر است که سوالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت منفی نمره گذاری می شوند. همچنین این پرسشنامه دارای ۴ بعد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط فیزیکی می باشد که به یک مقیاس جامع مورد استفاده قرار می گیرد و در مجموع شامل کیفیت زندگی کلی و سطوح سلامت عمومی می باشد. از سال ۱۹۹۶ اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی در کشورها و فرهنگ های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و در سال ۲۰۰۰ این پرسشنامه به طور همزمان در ۱۵ کشور جهان طراحی و ترجمه شد. ترجمه و هنجاریابی نسخه ایرانی این پرسشنامه توسط نجات، منتظری، هلاکویی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) صورت گرفت که مقدار آلفای کرونباخ در تمام حیطه های بالا، ۰/۷۰ بدست آمده است. میزان پایایی این مقیاس در پژوهش رصافیانی، صحاف رباب، وامقی، زارعیان، اکرمی (۱۳۹۹) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمده است.

د. پروتکل آموزشی ذهن آگاهی

به منظور اجراء پروتکل آموزشی، ابتدا با مراجعه به کلینیکهای زنان و زایمان و بیمارستان شهید بهشتی شهر اصفهان از زنان در حال تجربه اولین بارداری درخواست شد که پرسشنامه اضطراب حاملگی، ترس از زایمان و کیفیت زندگی را تکمیل کنند. از این میان زنان بارداری که نمره لازم در پرسشنامه ها را بدست آوردند، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و ۱۵ نفر مربوط به گروه کنترل مداخلات آموزشی را دریافت نمودند. شرح جلسات پروتکل آموزشی به شرح ذیل می باشد :

جدول ۱- پروتکل آموزشی ذهن آگاهی کابات زین

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	نیم ساعت اول این جلسه برای اجرای پیش آزمون اختصاص داده شد. بعد از اجرای پیش آزمون درمورد روش آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و نقش آن در سلامت و بهزیستی با شواهد پژوهشی توضیحاتی داده شد.
جلسه دوم	آموزش تن آرامی: در این جلسه بعد از مرور کوتاهی بر جلسه ی قبل، درمورد تن آرامی (تنش و آرامش دادن به عضلات) و نحوه نشستن در تن آرامی و عضلاتی که باید تحت تن آرامی قرار بگیرند، توضیحاتی داده شد. بعد از آن تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات بدن با چشمان بسته و به صورت زیر اجرا شد: تن آرامی برای ساعد (۵ دقیقه) و بازو (۵ دقیقه)، عضلات پشت ساق پا و ساق پا (۱۰ دقیقه)، ران ها (۵ دقیقه)، شکم و سینه (۱۰ دقیقه)، شانه ها و گردن (۱۰ دقیقه)، لب ها و آرواره ها (۱۰ دقیقه)، چشم ها و قسمت بالا و پایین پیشانی (۱۰ دقیقه). لازم به ذکر است که بعد از اجرای تن آرامی برای هر گروه از عضلات آزمودنی ها به مدت ۲ دقیقه چشمان خود را بازمی نمودند تا از بخواب رفتن آن ها جلوگیری شود.
جلسه سوم	در این جلسه بعد از مرور کوتاهی بر جلسه ی قبل، تن آرامی برای عضلات اما در ۶ گروه از عضلات چشم بسته و به صورت زیر اجرا شد: تن آرامی برای دست ها و بازوها (۱۰ دقیقه)، پاها و ران ها (۱۰ دقیقه)، شکم و سینه (۱۰ دقیقه)، گردن و شانه ها (۱۰ دقیقه)، آرواره ها و لب ها (۱۰ دقیقه) و پیشانی و چشم ها (۱۰ دقیقه). لازم به ذکر است که بعد از اجرای تن آرامی برای هر گروه از عضلات همانند جلسه ی قبل آزمودنی ها به مدت ۲ دقیقه چشمان خود را بازمی نمودند تا از بخواب رفتن آن ها جلوگیری شود. در پایان جلسه به آزمودنی ها یک تکلیف خانگی داده شد که تا جلسه قبل حداقل یک بار تکنیک تن آرامی را از طریق تنش دادن و آرامش دادن به عضلات در مدت ۲۰ دقیقه انجام دهند و نحوه ی آموزش ساده آن بر روی یک برگه به هر کدام از آزمودنی ها داده شد.
جلسه چهارم	در این جلسه بعد از مرور کوتاهی بر جلسه ی قبل، آموزش توجه به تنفس آموزش داده شد. بعد از آشنایی با نحوه ی ذهن آگاهی تنفس فن هایی از قبیل دم و بازدم همراه آرامش (و حتی گفتن آرامش و کلمات آرام بخش در هنگام دم و بازدم) بدون تفکر درمورد چیز دیگر و تماشای تنفس با چشمان بسته از طریق مراحل زیر آموزش داده شد: آموزش راحت و آرام نشستن روی کف زمین و عمود نگه داشتن ستون فقرات و تمرین و یادگیری آن (۱۰ دقیقه). دم و بازدم معمولی همراه با دم و بازدم عمیق تر از دفعات قبل (۱۵ دقیقه). توجه به عبور و خروج هوا هنگام دم و بازدم و گواه کردن آن و توجه به حرکات قفسه ی سینه و شکم هنگام دم و بازدم (۱۵ دقیقه). تکرار کلمات آرام بخش در ذهن هنگام دم و بازدم (مثلاً چقدر من

جلسه پنجم	<p>راحت نفس می‌کشم، قفسه‌ی سینه‌ی من در حال آرامش است و...) (۱۵ دقیقه). لازم به ذکر است در این جلسه بین هرکدام از مراحل بالا جهت جلوگیری از خواب آزمودنی‌ها ۲ تا ۳ دقیقه استراحت داده‌شد. در پایان این جلسه نیز یک تکلیف خانگی به افراد گروه داده‌شد. به این صورت که از آن‌ها خواسته‌شد که تکنیک دم و بازدم عمیق را قبل از به خواب رفتن در منزل انجام‌دهند و در صورت لزوم آن‌را همراه یکی از افراد خانواده تمرین کنند.</p> <p>بعد از مرور کوتاهی بر جلسه قبل، در جلسه پنجم آموزش تکنیک پویش بدن آموزش داده‌شد که در آن مراحل زیر باحالت چشم‌پسته به‌ترتیب اجرا شد: تکنیک توجه به حرکت شکم و قفسه‌ی سینه هنگام تنفس (۱۵ دقیقه). تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها جهت آگاهی عمده‌ی تمام اعضای بدن مانند دست‌ها، پاها، چشم‌ها، دهان، گوش‌ها و پوست (۲۰ دقیقه). جستجوی حس شنوایی از طریق گوش‌دادن به صداهای اطراف مخصوصاً صدای پای آموزش‌دهنده و گوش‌دادن به صدای انگشت آموزش‌دهنده و توجه دقیق به صدای تنفس خویش بدون توجه به چیز دیگر (۱۵ دقیقه). جستجوی حس بویایی و چشایی از طریق بوییدن و چشیدن شیرینی (۱۰ دقیقه). در این جلسه به هرکدام از افراد گروه یک شیرینی داده‌شد که در ابتدا به‌مدت ۵ دقیقه بوییدن شیرینی و احساسات بویایی آن آموزش داده‌شد. سپس جهت آگاهی و توجه به حس چشایی با خوردن شیرینی به‌صورت آرام آموزش داده‌شد. به این معنی که باخوردن شیرینی آزمودنی‌ها فقط به مزه و حالت خوردن شیرینی توجه نمودند. البته در این جلسه همانند جلسات قبل بین هرکدام از مراحل ۵ دقیقه استراحت داده‌شد. بعد از استراحت آزمودنی‌ها درمورد تکنیک بعدی توجه شدند. در پایان این جلسه نیز یک تکلیف خانگی به افراد گروه داده‌شد. به این صورت که از آن‌ها خواسته‌شد که حداقل یک‌بار در هنگام غذا خوردن تکنیک آگاهی از حس چشایی را تمرین کنند و در صورت لزوم آن‌را به همراه خانواده تمرین کنند.</p>
جلسه ششم	<p>بعد از مرور کوتاه بر جلسه قبل، در این جلسه ذهن آگاهی افکار درمراحل زیر آموزش داده‌شد: متمرکز کردن توجه به ذهن بدون تفکر درمورد چیز دیگر، از طریق متمرکز شدن به یک نقطه‌ی ذهنی یا یک علامت ضربدر روی یک برگه A۴ (۱۵ دقیقه). در این مرحله یک فکر منفی درمورد خویشتن از طریق آموزش‌دهنده به افراد القا می‌شد (۳۰ دقیقه). مثلاً گروه تصور کنند که در دوسه فعالیت شخصی (مثلاً دویدن، راه رفتن، خوردن و...) احساس ناتوانی کنند و نسبت به خود دچار احساس بدبینی هستند. چند مرتبه این فکر به ذهن آورده شد و توجه به این فکر در دستور توجه قرار گرفت و بر اساس دستورات آموزشی آموزش‌دهنده به فکر خاتمه داده‌شد. در این مرحله آزمودنی‌ها سعی می‌کردند که بدون قضاوت فکر را بپذیرند و فقط و فقط به آن توجه (البته نه توجه عمیق) کنند. در این مرحله یک فکر مثبت درمورد خویشتن از طریق آموزش‌دهنده به ذهن افراد آورده می‌شد (۳۰ دقیقه). مثلاً گروه احساس می‌کردند که در دوسه فعالیت شخصی (مانند راه رفتن، خریدن نان و...) احساس توانمندی بالایی دارند و به‌آسانی آن فعالیت را انجام می‌دهند. چند مرتبه این فکر به ذهن آورده شد و توجه به این فکر در دستور توجه قرار گرفت و بر اساس دستورات آموزشی آموزش‌دهنده به فکر خاتمه داده‌شد. در این مرحله آزمودنی‌ها سعی می‌کردند بدون قضاوت، فکر و تصور مثبت درمورد خویش را بپذیرند و فقط و فقط به آن توجه (البته نه توجه عمیق) کنند. در این جلسه مانند جلسات قبلی، نیز از مرحله‌ی اول آزمودنی‌ها به مدت ۵ الی ۱۰ دقیقه استراحت نمودند.</p>
جلسه هفتم	<p>ذهن آگاهی کامل: در این جلسه بعد از مرور کوتاهی بر جلسه قبل، آموزش جلسات ۴، ۵ و ۶ (هرکدام به مدت ۲۰ الی ۳۰ دقیقه) تکرار شد. این جلسات به‌صورت زیر آموزش داده‌شد:</p> <p>دم و بازدم معمولی همراه با دم و بازدم عمیق‌تر از دفعات قبل (۸ دقیقه)، توجه به عبور و خروج هوا هنگام دم و بازدم و گواهی کردن آن و توجه به حرکات قفسه سینه و شکم هنگام دم و بازدم (۱۰ دقیقه)، تکرار کلمات آرام‌بخش در ذهن هنگام دم و بازدم (مثلاً چقدر من راحت نفس می‌کشم، قفسه‌ی سینه من در حال آرامش است و...) (۱۰ دقیقه). در این جلسه آموزش تکنیک پویش بدن از طریق توجه به حرکت شکم و قفسه سینه هنگام تنفس (۸ دقیقه)، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها جهت آگاهی عمده‌ی اعضای بدن مانند دست‌ها، پاها، چشم‌ها، دهان، گوش‌ها و پوست (۱۰ دقیقه)، جستجوی حس شنوایی از طریق گوش‌دادن به صداهای اطراف مخصوصاً صدای پای آموزش‌دهنده و گوش‌دادن به صدای انگشت آموزش‌دهنده (۸ دقیقه) اعمال شد. در این جلسه همانند جلسات قبل بین هرکدام از مراحل استراحت ۲ الی ۵ دقیقه‌ای داده‌شد. در پایان این جلسه از افراد گروه خواسته شد که تکنیک دم و بازدم عمیق قبل از خواب به مدت ۲۰ دقیقه و تکنیک آگاهی از حس چشایی از طریق خوردن غذا به مدت ۲۰ دقیقه به‌عنوان تکلیف خانگی انجام دهند.</p>
جلسه هشتم	<p>در این جلسه جهت پایان‌دادن به جلسات و اجرای پس‌آزمون از آزمودنی‌ها خواسته‌شد که تکنیک‌های موجود در آموزش ذهن آگاهی را در زنگی روزمره خود انجام دهند و از این طریق به بهبود سلامتی خویش کمک نمایند. در این جلسه اجرای پس‌آزمون به مدت نیم‌ساعت انجام شد (کابات زین و همکاران، ۱۹۹۲).</p>

داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند. در سطح توصیفی از جدول فراوانی و درصد فراوانی، نمودار درصد فراوانی برای ارائه وضعیت متغیرهای جمعیت‌شناختی پژوهش استفاده شد. در سطح استنباطی نیز از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده گردید. کلیه تحلیل‌های صورت گرفته با نرم‌افزار بسته آماری برای علوم اجتماعی^۳ نسخه ۲۶ انجام شد.

۴. یافته‌ها

الف. یافته‌های توصیفی

در گروه آموزش ذهن‌آگاهی (۱۲ نفر یا ۸۰ درصد) و در گروه کنترل (۱۳ نفر یا ۸۶/۷ درصد) بیشتر افراد نمونه، بین ۲۶ تا ۳۰ سال سن داشته‌اند. آزمون خی‌دو در این رابطه نشان داد که بین دو گروه پژوهش از نظر سن افراد نمونه تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$). بر اساس یافته‌های توصیفی، میانگین نمرات اضطراب حاملگی و ابعاد آن در گروه آموزش ذهن‌آگاهی نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون داشته‌اند. در اضطراب حاملگی گروه آموزش ذهن‌آگاهی، کاهش میانگین پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون برابر ۱۱/۷۳۳ بوده است، ولیکن در گروه کنترل، پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهشی برابر ۰/۲۶۶ داشته است. همچنین، بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین نمرات ترس از زایمان در گروه آموزش ذهن‌آگاهی نسبت به گروه کنترل، کاهش بیشتری در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون وجود داشت. در ترس از زایمان گروه آموزش ذهن‌آگاهی کاهش میانگین پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون برابر ۶/۰۶۶ بوده است، ولیکن در گروه کنترل پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایشی برابر ۳/۲۶۶ داشته است. همچنین بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه آموزش ذهن‌آگاهی نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون داشته‌اند. در کیفیت زندگی گروه آموزش ذهن‌آگاهی افزایش میانگین پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون برابر ۱۹/۰۰۰ بوده است، ولیکن در گروه کنترل پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایشی برابر ۱/۹۳۴ داشته است.

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی نمرات اضطراب حاملگی، ترس از زایمان و کیفیت زندگی زنان نخست‌زا به تفکیک دو گروه و دومرحله پژوهش آورده شده است.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان	میانگین	انحراف معیار	گروه آزمایش	گروه کنترل
اضطراب حاملگی	پیش‌آزمون	۶۴/۰۰۰	۱۵/۲۴۶	۶۴/۹۳۳	۱۰/۹۴۴
	پس‌آزمون	۵۲/۲۶۷	۹/۷۵۸	۶۴/۶۶۷	۶/۶۳۰
ترس از زایمان	پیش‌آزمون	۳۹/۱۳۳	۸/۱۰۵	۳۸/۶۶۷	۷/۹۵۲
	پس‌آزمون	۳۳/۰۶۷	۶/۳۰۷	۴۱/۹۳۳	۶/۰۴۱
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۸۴/۶۰۰	۶/۷۵۹	۸۵/۳۳۳	۹/۱۸۶
	پس‌آزمون	۱۰۳/۶۰۰	۷/۲۷۸	۸۷/۲۶۷	۷/۳۹۲

^۳Statistical Package for Social Science

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، بر اساس یافته های توصیفی میانگین نمرات اضطراب حاملگی و گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون داشته اند. در اضطراب حاملگی گروه آزمایش کاهش میانگین پس آزمون نسبت به پیش آزمون برابر $11/733$ بوده است، ولیکن در گروه کنترل، پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهشی برابر $0/266$ داشته است. همچنین نمرات ترس از زایمان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون داشته اند. در ترس از زایمان گروه آزمایش کاهش میانگین پس آزمون نسبت به پیش آزمون برابر $6/066$ بوده است، ولیکن در گروه کنترل، پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایشی برابر $3/266$ داشته است. نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون داشته است. در کیفیت زندگی گروه آزمایش افزایش میانگین پس آزمون نسبت به پیش آزمون برابر $19/000$ بوده است، ولیکن در گروه کنترل، پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایشی برابر $1/934$ داشته است.

ب. بررسی پیش فرض کواریانس

به منظور بررسی مفروضه یکسانی ماتریس واریانس- کوواریانس از آزمون M باکس استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- آزمون M باکس جهت بررسی یکسانی ماتریس واریانس- کوواریانس				
M باکس	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۵/۷۰۹	۰/۸۴۰	۶	۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۵۳۹

باتوجه به نتایج جدول ۳ آزمون M باکس معنادار نبوده و لذا مفروضه برابری واریانس- کوواریانس در بین گروه های پژوهش رعایت شده است.

ج. یافته های استنباطی

در جدول ۴ نتیجه تحلیل کواریانس چندمتغیره ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری						
ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلای	۲۶/۴۷۲	۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۵	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۲۶/۴۷۲	۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۵	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۲۶/۴۷۲	۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۵	۰/۹۹۹
ریشه روی	۲۶/۴۷۲	۳/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۵	۰/۹۹۹

باتوجه به سطح معناداری هر چهار آماره که کوچکتر از $0/05$ می باشد تفاوت معناداری بین گروه های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش وجود دارد. در نتیجه آموزش ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب حاملگی، ترس از زایمان و بهبود کیفیت زندگی در مادران با اولین بارداری، اثربخش بوده است.

۵. بحث

- آموزش ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب حاملگی در مادران با اولین بارداری اثربخش است.

باتوجه به نتایج جدول ۴ تفاوت معناداری بین گروه های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش وجود دارد. در نتیجه آموزش ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب حاملگی در مادران با اولین بارداری، اثربخش بوده است.

در تبیین نتایج می توان گفت، درمان ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال فرد می شود و از اصول تقویت شرطی سود می برد. بدین ترتیب که فرد برای رفتن به گام بعدی تلاش می کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل

به‌طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله درمانان باردار می‌شود و درعین آرامش و آگاهی، به‌درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید (هاسدن تیوفل و همکاران، ۲۰۲۳^۴). همچنین تأثیر مثبت درگروه بودن و درکنار سایر زنان باردار قرار گرفتن و صحبت کردن درمورد نگرانی‌ها با سایر زنان باردار ممکن است دلیل دیگری برای کاهش اضطراب آنان در مطالعه حاضر باشد. علاوه بر این درمشاوره گروهی بر ابراز هیجان‌ها و پذیرش زنان باردار تأکید می‌شود. در همین راستا یالوم^۵ (۱۹۶۸) معتقد است گروه ویژگی‌هایی دارد که نمی‌توان آن را به سادگی با سایر مداخله‌های روانشناختی پیوند داد. او معتقد است گروه این فرصت را در اختیار اعضای خود قرار می‌دهد تا با افرادی آشنا شوند که در بعضی زمینه‌ها وضعیت بدتر و در حیطه‌های دیگر بهتر هستند. همه این‌ها فرصتی بی‌نظیر فراهم می‌کند تا افراد از طریق تعامل مستقیم با یکدیگر تصویر واقع‌بینانه‌تری از شرایط خود به‌دست آورند (اسلمی و علیپور، ۲۰۱۶). همچنین تمرینات اعضای گروه در برخی از جلسات گروهی نشان‌دهنده این واقعیت بود که بر اثر افزایش نگرش مثبت و کنترل رفتار و کنترل اضطراب، توانایی مقابله با مشکلات روحی-روانی به‌سبب اجرای مشاوره گروهی با رویکرد مشاوره‌ای افزایش یافته‌است. نکته قابل‌ذکر در این مطالعه، آموزش گروهی به زنان با اولین تجربه بارداری بود که موجب استفاده زنان از تجربیات یکدیگر در بارداری، ایجاد فضایی صمیمی و دوستانه و تأثیر بیشتر آرام‌سازی گردید. علاوه بر این دریافت حمایت اجتماعی در گروه، استفاده از آرام‌سازی، تصویرسازی و تمرکز بر اداره احساسات می‌تواند دلیلی برای توجیه کاهش اضطراب در زنان گروه مداخله باشد. بنابراین آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب حاملگی درمانان با اولین بارداری اثربخش می‌باشد.

نتایج پژوهشی حاضر با یافته‌های نصیرنژاد و ولی‌زاده (۱۴۰۰) با عنوان مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی و فرا شناخت در بهبود اضطراب، استرس، افسردگی و تنظیم هیجان زنان باردار، شاه‌طاهری، جمهری و همکاران (۱۴۰۰) با عنوان اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر میزان اضطراب و بهزیستی روانشناختی زنان باردار نخست‌زا، طالبی (۱۴۰۰) با عنوان ارتباط بین ذهن‌آگاهی و استرس، افسردگی و نگرانی در زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان، هاسدن تیوفل و همکاران (۲۰۲۳) با عنوان اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی الکترونیکی بر بهبود سلامت روان مادر در دوران بارداری، کالانان و همکاران (۲۰۲۴) با عنوان اثربخشی مداخلات روانشناختی برای زنان باردار مبتلا به اضطراب در دوران بارداری: در یک متاآنالیز، همسو بوده‌است.

– آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش ترس از زایمان درمانان با اولین بارداری اثربخش است.

باتوجه به نتایج جدول ۴ تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش وجود دارد. در نتیجه آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش ترس از زایمان درمانان با اولین بارداری، اثربخش بوده‌است. در تبیین این مسئله می‌توان گفت مهارت ذهن‌آگاهی به‌فرد کمک می‌کند تا نقاط ضعف و قوت و کلاً آنچه هستیم را پذیرفته و دوست داشته‌باشد. براین اساس در جلسات مداخله تلاش شد آزمودنی‌ها به شناخت افکار و گفتگوهای درونی خود بپردازند. به آن‌ها در طی جلسات متذکر گردید که بسیاری از ما انسان‌ها آنگاه که کاری را خوب انجام نمی‌دهیم از دست خود عصبانی شده و خود را سرزنش می‌کنیم. در اغلب موقعیت‌های مختلف زندگی، ذهن، فعال شده و گفتگوی درونی با خود خواهیم داشت. این گفتگوی با خود می‌تواند منفی باشد، صدمه زده و ما را در شک و ترس‌هایمان باقی نگه دارد درحالی که گفتگو می‌تواند مثبت باشد و به ما شهامت بخشیده و تشویق به انجام کارهای جدید نماید که در نهایت منجر به تغییر نگرش شده‌است.

^۴ Hassdenteufel et al

^۵ Yallome

^۶ Callanan

همچنین درتبیین این یافته بایدگفت بهطور کلی داشتن حضور ذهن به رویدادها و تجربیات، می‌تواند برای سلامت روانی کمک‌کننده باشد. درواقع حضور ذهن باعث هماهنگ‌شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روانشناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت‌های فردی درجهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و بهبود ترس‌ها گردید.

از طرف دیگر، درمان ذهن‌آگاهی به زنان باردار با تجربه نخست‌شان یاد داد، به‌منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، دیگران و دنیا و نیز افزایش خشنودی از زندگی اقدام نموده تا افراد، خود را بهتر شناخته و تجربه‌های مثبت خود را بازشناسند و به نقش این تجارب مثبت درافزایش و ارتقاء احترام به‌خود پی‌برند. توجه به نقاط مثبت و تجارب خوب گذشته بدون قضاوت و سوگیری، احتمال بروز برداشت‌های مثبت‌تر از خویش را افزایش داده و همین امر سبب می‌شود که افراد قادر به پذیرش مسئولیت بیشتری درمورد ارزش خود شوند و به درک کامل‌تری از خویش نائل‌آیند (گونی و همکاران، ۲۰۲۴)^{۲۷} که در نتیجه باعث کاهش ترس از زایمان درفرد می‌شود. درنتیجه می‌توان گفت ذهن‌آگاهی ازطریق ترکیب سرزندگی و واضح‌دیدن تجربیات، می‌تواند تغییرات مثبتی را درکاهش ترس و استرس افراد ایجاد نماید. زیرا استرس ادراک‌شده و ترس‌ها و نگرانی‌های زنان باردار بیشتر جنبه ذهنی و شناختی دارد و در این روش شخص می‌آموزد تا تکنیک‌هایی که مربوط به تجربه‌کردن زمان درحظه حال است، به‌طور موقت از نگرش و باورهای خود که ریشه درگذشته یا تجربیات شنیده از دیگران دارد و یا متأثر از ترس‌ها و نگرانی‌های آینده است رها شود. بنابراین آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش ترس از زایمان درمادران با اولین بارداری اثربخش می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های عبدالعلی پور و همکاران (۱۴۰۲) با عنوان اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی و ترس از زایمان در زنان باردار، امین‌الرعا و آقای (۱۳۹۷) با عنوان اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از زایمان درزنان نخست‌زا، گونی (۲۰۲۲) با عنوان اثربخشی برنامه‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس، اضطراب و ترس از زایمان درزنان باردار مبتلا به کووید-۱۹، کو و همکاران (۲۰۲۳)^{۲۸} با عنوان اثربخشی برنامه آموزشی یکپارچه زایمان برکاهش ترس از زایمان، علائم اضطراب، افسردگی و بهبود ذهن‌آگاهی درزنان باردار بالای ۲۰ سال همسو می‌باشد.

– آموزش ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی درمادران با اولین بارداری اثربخش است.

باتوجه به نتایج جدول ۴ تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش وجود دارد. درنتیجه آموزش ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی درمادران با اولین بارداری، اثربخش بوده‌است.

در تبیین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی می‌توان گفت آموزش ذهن‌آگاهی، افراد را قادر می‌سازد تا رویدادهایی که در پیرامونش اتفاق می‌افتد را به درستی درک و پردازش نماید تا بتواند تصمیم‌های عاقلانه‌ای بگیرند و بهترین واکنش را دربرابر شرایط دشوار زندگی از خود نشان‌دهند (بشرپور، صالحی و همکاران، ۱۳۹۷). ازطرفی به افراد که تحت آموزش ذهن‌آگاهی می‌باشند چنین رهنمود داده می‌شود که درمقابل مقاومت یا اجتناب از تجارب خود ذهن‌آگاهانه عمل نمایند و مشکلات خود را هرچند نامطلوب بپذیرند که این موضوع موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و درنتیجه، بهبود فرایندهای شناختی و هیجانی افراد و درنتیجه افزایش کیفیت زندگی می‌شود (بشرپور، صالحی و همکاران، ۱۳۹۷). به علاوه این درمان می‌تواند منجر به آگاهی عمیق‌تر نسبت به احساسات و افکارشده و افکار تنش‌را کاهش‌دهد. زیرا هرچه میزان آگاهی فرد بیشتر باشد، بهتر و زودتر می‌تواند موقعیت‌های گوناگون را ارزیابی‌نموده و عملکرد مناسبی را درپیش بگیرد و تاثیر مطلوبی برکیفیت زندگی وی بگذارد (لگادک و همکاران، ۲۰۱۸)^{۲۹}. درنهایت زنان باردار با انجام تمرین‌های منظم ذهن‌آگاهی تغییراتی

^{۲۷} Güney et al

^{۲۸} Kou et al

^{۲۹} Lagadec et al

مثبت دربرخی از کارکردهای روان‌شناختی مانند کاهش تنیدگی و مهار هیجان‌های منفی ایجاد می‌کند که منجر به شکل‌گیری توانش‌های لازم برای تغییر در شیوه‌های مقابله با مشکلات درایشان می‌شود (لگادک و استینسکر، ۲۰۱۸). این مسئله باعث می‌شود که زنان باردار کمتر در دام افکار اضطراب‌آمیز مرتبط با درد افتاده و به‌میزان کمتری در برابر افکار منفی ناشی از دوران بارداری دچار ضعف روانی شوند. در نهایت ادراک توانمندی روانی در برابر افکار و هیجانات حاصل از بارداری سبب می‌شود تا آن‌ها کیفیت زندگی بالاتری را تجربه نمایند. در نتیجه این تمرینات با تمرکز بر بدن و آرام‌سازی موجب بهبود سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، سلامت روابط اجتماعی، سلامت محیط اجتماعی و سلامت عمومی در زنان باردار شده‌است که این موارد از مولفه‌های کیفیت زندگی محسوب می‌شود. بنابراین آموزش ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی درمان‌داران با اولین بارداری اثربخش می‌باشد. در راستای تطبیق نتایج فوق با یافته‌های دیگر پژوهشگران، نتایج حاضر با یافته‌های هودر شاه و سپاه‌منصور (۱۴۰۱) با عنوان اثربخشی ذهن‌آگاهی بر سبک زندگی و قدرت ایگو زنان باردار، بشرپور، صالحی و همکاران (۱۳۹۷) با عنوان اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روانی زنان باردار همسو است.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که عبارت‌است از: نتایج پژوهش فقط به مادران در حال تجربه اولین بارداری شهر اصفهان محدود می‌شود؛ در نتیجه تعمیم نتایج به سایر نقاط دیگر با احتیاط صورت می‌گیرد. همچنین در پژوهش امکان نمونه‌گیری تصادفی فراهم نگردید. همچنین به دلیل استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی به جای مطالعه رفتار واقعی ممکن است مشارکت‌کنندگان در پاسخ به سئوالات به استفاده از شیوه‌های مبتنی بر کسب تأیید اجتماعی و اجتناب از بدنامی مربوط به عدم کفایت فردی ترغیب شده باشند. بنابراین برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌گردد که: پژوهش حاضر در بین دیگر مادران با تجارب بارداری دوم به بعد و در سایر شهرها اجرا گردد و نتایج آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین انجام پژوهش در بین دیگر مادران اولین بارداری با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و استفاده از ابزارهای مشاهده و مصاحبه صورت پذیرد.

۶. نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد: با برگزاری دوره‌های گروهی و جمعی برای مادران در حال تجربه اولین بارداری و تدوین بسته‌های آموزشی مناسب ذهن‌آگاهی موجبات بهبود اضطراب حاملگی، ترس از زایمان و بهبود کیفیت زندگی توسط مشاورین فراهم گردد. همچنین برنامه اختصاصی در راستای اثرات ناشی از تجارب اولین بارداری توسط متخصصین در مراکز باروری و بیمارستان‌ها آموزش داده‌شود تا بتوان از مشکلات ناشی از آن در بین زنان با اولین بارداری تا حد امکان کاست. با توجه به دوران حساس بارداری و مشکلات ناشی از آن، با آموزش‌های مناسب توسط مشاورین برای زوجین به عنوان نقش همراه اولیه می‌توان اقدامات لازم را تعبیه نمود. همچنین با توجه به ماهیت بسته آموزشی ذهن‌آگاهی پیشنهاد می‌گردد که در پیاده‌سازی این بسته فقط به برگزاری دوره‌های آموزشی اکتفا نشود بلکه در موقعیت‌های واقعی به شکل عملی به صورت فردی نیز اجرا گردد تا زنان باردار بیشتری از مواهب آن بهره‌مند شوند.

منابع

- اخلاقی، فریده. (۱۳۹۱). رابطه ی افسردگی، اضطراب، عزت نفس، رضایت زناشویی و عوامل جمعیت شناختی با ترس از زایمان در زنان نخست زا. *مجله اصول بهداشت روانی* ۱۴
- امین الرعایایی، مریم، و آقایی، اصغر. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از زایمان در زنان نخست زا. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۹ (۴) (پیاپی ۷۴)، ۵۶-۶۵.
- برجسته، سمیرا و مقدم تبریزی، فاطمه. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط بین میزان نگرانی و اضطراب دوران بارداری و حمایت اجتماعی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۴ (۶) (پی در پی ۸۳)، ۵۰۴-۵۱۵.
- بشرپور سجاد، صالحی محمدنبی، کاظمی نسا، سلیمانی اسماعیل. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روانی زنان باردار. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۶ (۶): ۴۵۴-۴۴۵.
- خرسندی، محبوبه. فرانی پور، فضل الله. حیدرنیا، علیرضا. فقیه زاده، سقراط. وفایی، مریم. روستا، فیروزه. امین شکروی، دکتر فرخنده. (۱۳۸۷). تاثیر تن آرامی بر کاهش ترس و انجام زایمان طبیعی در زنان نخست زا. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۱ (۳ و پیاپی ۴۴)، ۲۹-۳۶.
- رصافیانی، م. صحاف رباب، ش.ا. وامقی، ر. زارعیان، ح. اکرمی، ر. (۱۳۹۹). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، نسخه سالمندان. *مجله سالمندی ایران*. ۱۵ (۱): ۴۱-۲۸.
- شاه طاهری، جمهری، نیکنام، رفیعی پور، امین. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی روش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر میزان اضطراب و بهزیستی روانشناختی مادران باردار نخست زا. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*، ۷ (۱)، ۴۶-۵۶.
- صفرعلی نژاد، عاطفه، اویسی، سونیا، ساریچلو، محمدابراهیم، و جورابچی، زینت. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر مشاوره شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی حین بارداری: یک کارآزمایی بالینی شاهدهدار. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، ۲۱ (۲)، ۵۹-۴۸.
- طالبی مریم. (۱۴۰۰). ارتباط بین ذهن آگاهی و استرس، افسردگی و نگرانی در زنان باردار مراجعه کننده به کلینیک های زنان و زایمان شهر تهران. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۹ (۶): ۴۴۹-۴۵۸.
- کارآموزیان، مهسا؛ عسکری زاده، قاسم و بهروزی، ناصر (۱۳۹۵). بررسی ویژگی های روانسنجی پرسشنامه اضطراب بارداری، *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۴ (۴): ۲۲-۳۴.
- نجات، س. منتظری، ع. هلاکویی نایینی، ک.، مجدزاده، س. ر (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*. ۴ (۴): ۱۲-۱.
- نژادحسینیان، زینب؛ بختیارپور، سعید و زنگنه مطلق، فیروزه. (۱۴۰۱). مدل پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس ذهن آگاهی با میانجیگری اضطراب بارداری در زنان باردار. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۶۵ (۳)، ۱۲۷۹-۱۲۶۸.
- نصیرنژاد ملک شا، مهدی، ولی زاده، نسیم. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی و فراشناخت در بهبود اضطراب، استرس، افسردگی و تنظیم هیجان زنان باردار: مرور سیستماتیک بر تحقیقات انجام شده در ایران.
- هودرشا، فاطمه، سپاه منصور، مژگان. (۱۴۰۱). اثربخشی ذهن آگاهی بر سبک زندگی و قدرت ایگوی زنان باردار. *سلامت جامعه*، ۱۶ (۱)، ۴۱-۳۴.
- Abdolalipour, S., Charandabi, S. M. A., Mashayekh-Amiri, S., & Mirghafourvand, M. (2023). The effectiveness of mindfulness-based interventions on self-efficacy and fear of childbirth in pregnant women: A systematic review and meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*.

- Andaroon N, Kordi M, Kimiaei SA, Esmaeili H. Relationship between Intensity of fear of Childbirth with choosing mode of delivery in Primiparous Women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2017;20(5):68 -75.
- Aslami E, Alipour A, Aghayusefi A, Najib F. Assessing the effectiveness of mindfulnessbased Islamic –spiritual schemas on anxiety of mothers pregnancy and infants physiological health. *Health Psychol*. 2016;4(14):1-10.
- Başkaya, Y. H., & İlçioğlu, K. (2023). Effect of lifestyles on fear of pregnancy: Development and psychometric testing of the fear of pregnancy scale. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 285, 115-122.
- Boswell, J. F., Iles, B. R., Gallagher, M. W., & Farchione, T. J. (2017). Behavioral activation strategies in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Psychotherapy*, 54(3), 231.
- Brunton, R., Gosper, K., & Dryer, R. (2121). Psychometric evaluation of the pregnancy-related anxiety scale: Acceptance of pregnancy, avoidance, and worry about self subscales. *Journal of Affective Disorders*, 278, 341-349.
- Buldum, A., & Emül, T. G. (2021). The fear of childbirth and social support in adolescent pregnancy. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 34(6), 839-846.
- Callanan, F., Tuohy, T., Bright, A. M., & Grealish, A. (2022). The effectiveness of psychological interventions for pregnant women with anxiety in the antenatal period: a systematic review. *Midwifery*, 104, 103169.
- Caracho, R.A., Foratori-Junior, G.A., Fusco, N.S., Jesuino1, B.G., Missio, A.L.T., Sales-Peres, S.H.C. (2020). Systemic conditions and oral health-related quality of life of pregnant women of normal weight and who are overweight. *International Dental Journal*, 70 (4), 287-295.
- Chang, V. Y. Palesh, O. Callddwell, R. Gasgow, N. Abramson, M. Luskin, F. Gill, M. Bruke, A. Koopman, C. (2018). “The effects of a mindfulness based stress reduction program on stress, pregnancy anxiety and positive states of mind”. *Journal of Stress of Health*. 20(3), 141-147.
- Choi, E. S., Chang, Y. K., Lee, D. H., Ko, J. H., Lim, I., Bang, H., & Kim, J. H. (2018). Gender-specific associations between quality of life and leukocyte telomere length. *Maturitas*, 107, 68-70.
- Coşkuner Potur, D., Mamuk, R., Şahin, N. H., Demirci, N., & Hamlaci, Y. (2017). Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *International nursing review*, 64(4), 576-583.
- Emma, M., Helga G., Helga, Z., Mechthild MG., Kathrin, S. (2017). Opting for natural birth: A survey of birth intentions among young Icelandic women; *Sexual & Reproductive Healthcare*; 11, 41-46.
- Estebarsari, F., Rahimi Khalife Kandi , Z., Jalili Bahabadi , F., Raiesi Filabadi, Z., Estebarsari, K., Mostafaei, D. (2020). Health-related quality of life and related factors among pregnant women. *Edu Health Promot*, 9, 299- 305
- Fischer, O.J., Marguerie, M., Brotto, L.A. (2019). Sexual Function, Quality of Life, and Experiences of Women with Ovarian Cancer: A Mixed-Methods Study. *Sexual Medicine*, 7 (4), 530-539
- Fisher, C., Hauck, Y., & Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Social Science & Medicine*, 63(1), 64-75.

- Goli, M., Firozeh, F., & Ahmadi, S. (2012). Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Women of Isfahan 2008. *Sci J Ilam Uni Med Sci*, 20(3), 63-70.
- Güney, E., Cengizhan, S. Ö., Okayay, E. K., Bal, Z., & Uçar, T. (2022). Effect of the Mindfulness-Based Stress Reduction program on stress, anxiety, and childbirth fear in pregnant women diagnosed with COVID-19. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 47, 101566.
- Hall, H. G., Beattie, J., Lau, R., East, C., & Biro, M. A. (2016). Mindfulness and perinatal mental health: A systematic review. *Women and Birth*, 29(1), 62-71.
- Hassdenteufel, K., Müller, M., Abele, H., Brucker, S. Y., Graf, J., Zipfel, S., ... & Wallwiener, S. (2023). Using an Electronic Mindfulness-based Intervention (eMBI) to improve maternal mental health during pregnancy: Results from a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 330, 115599.
- Hayes, S.C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B.S., Fisher, G., et al. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior therapy*, 35, 821-835.
- Hildingsson, I., & Larsson, B. (2021). Women's worries during pregnancy; a cross-sectional survey using the Cambridge Worry Scale in a rural area with long distance to hospital. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 28, 111611.
- Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, Lenderking WR, Santorelli SF. (1992). Effectiveness of a meditationbased stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. (149):936-943.
- Kabat-Zinn, J. (2006). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kuo, T. C., Au, H. K., Chen, S. R., Chipojola, R., Lee, G. T., Lee, P. H., & Kuo, S. Y. (2022). Effects of an integrated childbirth education program to reduce fear of childbirth, anxiety, and depression, and improve dispositional mindfulness: A single-blind randomised controlled trial. *Midwifery*, 113, 103438.
- Lowe NK. Self efficacy for labour and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J psychosomobstetGynecol* 2000; 21:219 -224.
- Madhavanprabhakaran, G. K., D'Souza, M. S., & Nairy, K. S. (2015). Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3, 1-7.
- Molgora, S., Fenaroli, V., Prino, L. E., Rollè, L., Sechi, C., Trovato, A., ... & Saita, E. (2018). Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women and Birth*, 31(2), 117-123.
- Nasiry F, Sharifi S. Relationship between fear of childbirth and personality type in pregnant women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2013;16(66):18 -25 .
- O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Kenny, L. C., & Khashan, A. S. (2019). Pregnancy outcomes in women with severe fear of childbirth. *Journal of psychosomatic research*, 120, 105-109.
- Otley, H. (2011). Fear of childbirth: Understanding the causes, impact and treatment. *British Journal of Midwifery*, 19(4), 215-220.
- 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.

- Smith, C. A., Shewamene, Z., Galbally, M., Schmied, V., & Dahlen, H. (2019). The effect of complementary medicines and therapies on maternal anxiety and depression in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 245, 428-439.
- Tata N, Esmailpour K, Najafzadeh N, NaderMohammadi M, Mirghafourvand M. The effect of counseling with Beck's cognitive therapy on anxiety and childbirth fear: a randomized controlled clinical trial. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2022;10 (2):1 -12.
- Vakilian C. Effectiveness of Cognitive -Behavioral Group Therapy focused on Self-esteem on Fear of Childbirth in Nulliparous women [dissertation]. Arak: Nursing and Midwifery School, Arak University of Medical Sciences; 2015; 1 (1): 14 -20 [In Persian].
- Vandenberg, B. (1990). The influence of maternal emotional during pregnancy on fetal & neonatal behavior. *Pre Perinatal Psychological Journal*, 5:119-30.
- Webb, R., Bond, R., Romero-Gonzalez, B., Mycroft, R., & Ayers, S. (2021). Interventions to treat fear of childbirth in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(12), 1964-1977.
- Yalom I.D, Lunde D.T., Moos R.H. & Hamburg D.A.(1968). "Post-partum Blues" syndrome. *Archives of General Psychiatry*. 18. 16-27.
- Zengin, H., Bafali, I., Caka, S., Tiryaki, O., & Cinar, N. (2020). Childbirth and postpartum period fear and the related factors in pregnancy. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 30(2).

The Effectiveness of Mindfulness Training on Reducing Pregnancy Anxiety, Fear of Childbirth and Improving the Quality of Life in Mothers with Their First Pregnancy

¹Shervin Helalan, ^{*2}Mahboobeh Hadipoor

¹MS.C, Department of clinical psychology, Faculty of education science and psychology, Islamic Azad University, Khorasga, Isfahan, Iran

²Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of education science and psychology Islamic Azad University, Khorasgan, Isfahan, Iran

Abstract

The purpose of crount study was to investigate the effectiveness of mindfulness training in reducing pregnancy anxiety, fear of childbirth and improving the quality of life in mothers with their first pregnancy. The research method of this research was semi-experimental with experimental and control groups and pre-test-post-test, and the statistical population consisted of all women experiencing their first pregnancy in the city of Isfahan, which was a targeted sample of women referring to obstetrics and gynecology clinics and Shahid Hospital. Beheshti, Isfahan, 30 people were selected and randomly divided into two groups (15 people), experimental and control. In order to collect information, Pregnancy Anxiety Questionnaire (PA-Q), Fear of Childbirth Questionnaire (FOC-Q), and Quality of Life (QOL-Q) were used. Also, the experimental group received mindfulness training during 8 sessions of 60 minutes, and the control group did not receive any intervention. The results showed that mindfulness training is effective in reducing pregnancy anxiety, fear of childbirth and improving the quality of life in mothers with their first pregnancy. Therefore, mindfulness can be used as a suitable intervention to reduce pregnancy anxiety, fear of childbirth and improve the quality of life in mothers with their first pregnancy.

Keywords: Mindfulness, Pregnancy Anxiety, Fear of Childbirth, Quality of Life; Mothers.