

## تأثیر مشاوره فردی بر انگیزه و ترس از زایمان طبیعی در زنان سزارین قبلی بر اساس مدل فوگ

سمیه عطاریان<sup>۱</sup>، ژاله فیضی<sup>۲</sup>، جمشید جمالی<sup>۳</sup>، محبوبه فیروزی<sup>۴\*</sup>

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: ترس از زایمان یکی از علل انتخاب سزارین است. با توجه به عواقب سزارین‌های تکراری، مداخلاتی که میزان ترس از زایمان را کنترل نمایند در تصمیم‌مادر برای نوع زایمان اهمیت دارند. هدف از تحقیق حاضر، تعیین تأثیر مشاوره فردی بر انگیزه و ترس از زایمان طبیعی در زنان سزارین قبلی بر اساس مدل فوگ است.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی تعداد ۶۲ زن باردار سزارین قبلی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت مشهد در سال ۱۳۹۹، با تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. در گروه مداخله، مشاوره فردی مبتنی بر مدل فوگ، در هفته‌های ۲۸-۳۰ بارداری در دو جلسه حضوری ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای، هر دو هفته یک بار و یک جلسه غیرحضوری در کانال تلگرامی ارائه شد. ابزار گردآوری داده‌ها، فرم مشخصات فردی، پرسشنامه انگیزه مدل فوگ و پرسشنامه انتظار/تجربه ویجا بود. پرسشنامه‌ها در ابتدای مطالعه و دو هفته بعد از پایان مداخله تکمیل و تجزیه و تحلیل با استفاده از آزمون‌های آماری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ در سطح معناداری  $p < 0/05$  انجام یافت.

یافته‌ها: میانگین اختلاف قبل و بعد از مداخله نمره ترس از زایمان، در گروه مداخله  $20/07 \pm 15/84$  و در گروه کنترل  $23/28 \pm 6/06$  بود. مشاوره با رویکرد فوگ تغییرات معنادار بیش‌تری در نمره ترس از زایمان گروه مداخله نسبت به گروه کنترل ایجاد کرده است ( $p < 0/001$ ) اما تغییرات صورت گرفته در انگیزه به لحاظ آماری معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: مشاوره با رویکرد فوگ نمره ترس از زایمان را کاهش داد. استفاده از این روش مشاوره به منظور کاهش ترس از زایمان و به‌کارگیری راهکارهایی در جهت افزایش انگیزه زایمان طبیعی پس از سزارین پیشنهاد می‌شود.

ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT20200105046014N1

واژه‌های کلیدی: مدل فوگ، ترس از زایمان، سزارین، زایمان طبیعی پس از سزارین، انگیزه

نویسنده مسئول:  
محبوبه فیروزی؛  
دانشکده پرستاری و  
مامایی، دانشگاه علوم  
پزشکی مشهد، مشهد،  
ایران

e-mail:  
firoozim@mums.ac.ir

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۴۰۱ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۴۰۱ - انتشار الکترونیک مقاله: ۱۴۰۱/۸/۲

### مقدمه

بارداری، یکی از دوره‌های با اهمیت زندگی و دوره‌های مستعد آسیب در زنان به شمار می‌رود که آنان را در معرض شرایط

جسمی، روانی و اجتماعی ناسازگار قرار می‌دهد و نیازهای جسمی و عاطفی آنان افزایش می‌یابد. از این رو فرصتی برای بروز اضطراب و افسردگی که از شایع‌ترین اختلالات روانی دوران بارداری به شمار می‌آید، فراهم می‌شود (۱). ترس از زایمان با اضطراب دوران بارداری ارتباط تنگاتنگی دارد (۲).

۱- گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران؛  
مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران  
۲- مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران  
۳- گروه آموزشی آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران  
۴- گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

### ترس از زایمان ( Fear of Childbirth: FOC)

در دوران بارداری یک احساس منفی است که با اضطراب و استرس همراه است. همچنین از واژه توکوفوبیا نیز که به عنوان «ترس بی دلیل از زایمان» در زنان، که با «ترس پاتولوژیک» و «اجتناب از زایمان» مشخص می شود، استفاده می شود و به شدت با افزایش سزارین مرتبط است (۳). در زنان باردار تجربه ترس از زایمان رایج و طبیعی است (۴). در مطالعه اندرون و همکاران ۵۰/۹٪ از زنان باردار ترس شدید از زایمان داشتند (۵). مطالعه فراتحلیل اخیر داده های بین المللی میزان ترس از زایمان را ۱۴٪ تخمین زده که در سال های اخیر رو به افزایش است (۶). برای ترس از زایمان دلایل متعددی ذکر شده است. ترس از درد، ترس از مرگ، ترس از مشکلات غیرمنتظره، خودکارآمدی ضعیف زایمان، نگرانی راجع به مشکلات جنسی پس از زایمان و نگرانی راجع به سلامتی نوزاد از جمله دلایل عمده ترس از زایمان است (۷). برخی از پژوهش ها نیز ترس از زایمان را با رفتارهای منفی مرتبط با سلامتی در بارداری از جمله افزایش وزن بیش از حد و استعمال دخانیات، افسردگی، آسیب پذیری، فقدان حمایت اجتماعی، فقدان اعتماد به کارکنان بیمارستان و تجارب منفی زایمان های قبلی مرتبط می دانند (۸ و ۳). مهم ترین دلیل ترس از زایمان در مطالعات مختلف، ترس از درد است (۹). در مطالعه شریعت و همکاران، دلیل ترس از زایمان طبیعی در ۷۱٪ از زنان باردار، ترس از درد زایمان طبیعی ذکر شده است (۱۰). در افراد مبتلا به ترس از درد زایمان نیز انتخاب سزارین، خود

یک رفتار اجتنابی از درد است (۱۱). از طرفی ترس از زایمان باعث ایجاد اضطراب مداوم و پریشانی می شود که این ها با درخواست سزارین ارتباط دارد (۱۲). بدیهی است که ترس از زایمان و اجتناب از آن برای زنان باردار و نوزادان آن ها مشکلات متعددی ایجاد می کند. با توجه به محدودیت استفاده از دارو در دوران بارداری، در مطالعات مختلف سعی شده است تا با آموزش روانی، ترس از زایمان و متعاقب آن تعداد سزارین های انتخابی را کاهش دهند (۱۳ و ۱۴). برای کاهش ترس و اضطراب از روش های مختلفی استفاده شده است، از جمله استفاده از موسیقی، آرام سازی، مشاوره گروهی - روانی، مشاوره شناختی و رفتاری، ماساژ درمانی و رایحه درمانی، مشاوره فردی توسط ماما و شرکت در کلاس های آمادگی زایمان (۱۵-۱۷).

یکی از رویکردهای مشاوره ای جدید، مشاوره مبتنی بر مدل فوگ است. دکتر Fogg در سال ۲۰۰۷ این مدل را به عنوان یک مدل عملی برای هدایت طراحی فناوری برای به حداکثر رساندن انگیزه و انتخاب صحیح محصولات ارابه داد. این مدل سه سازه دارد: انگیزه، توانایی و محرک. سازه مهم این مدل یعنی انگیزه، دارای سه زیرسازه (درد/ لذت، ترس/ امید، رد/ پذیرش اجتماعی) است (۱۸). لذت به جای درد، امید به جای ترس و پذیرش اجتماعی به جای رد اجتماعی. مدل فوگ در مورد انگیزه بیان می کند اگر فرد ترسی از انجام عملی نداشته باشد و انجام آن برایش دردآور نباشد و همچنین آن عمل از نظر جامعه پذیرفته شده باشد، انگیزه فرد برای انجام آن افزایش

یافته و در نتیجه آن را انجام می‌دهد. هر سه زیرسازه انگیزه جزء عوامل مرتبط با انتخاب نوع زایمان است.

از آنجا که فقدان آگاهی از عوارض سزارین‌های تکراری، نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی و ترس از زایمان از علل افزایش تمایل زنان نسبت به سزارین است (۱۹) و با توجه به تبیین انگیزه در مدل فوگ با سه مؤلفه ترس، درد و عدم پذیرش اجتماعی و با عنایت به نقش مهم ماما در رایحه مشاوره و حمایت روانی از مادر باردار طی دوران بارداری و عدم دسترسی به مطالعات مربوط به تأثیر مشاوره با تأکید بر انگیزه و ترس از زایمان، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر مشاوره فردی بر انگیزه و ترس از زایمان طبیعی در زنان سزارین قبلی براساس مدل فوگ است.

### روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده (با کد ثبتی IRCT20200105046014N1)، دو گروهی (مشاوره مبتنی بر مدل فوگ و مراقبت معمول است) که در مورد ۶۲ زن باردار سزارین قبلی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر مشهد که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، در فاصله زمانی خرداد تا دی ماه ۱۳۹۹ انجام گرفته است. معیارهای ورود شامل: تمایل به شرکت در پژوهش، ایرانی و ساکن مشهد، سواد در حد خواندن و نوشتن، سن ۴۰-۱۸ سال، سابقه یک بار سزارین قبلی، سن بارداری ۲۸-۳۰ هفته براساس اولین روز آخرین قاعدگی یا سونوگرافی سه ماهه اول بارداری، بارداری تک قلوئی و جنین

زنده با نمایش قله سر، وضعیت طبیعی جفت و میزان مایع آمنیون براساس سونوگرافی نیمه دوم بارداری، اسکار سزارین قبلی عرضی و فاصله بیش از ۶ ماه از زایمان قبلی تا اولین روز آخرین قاعدگی بارداری فعلی و نیز نمره ترس و یجما کم‌تر از ۸۵ و معیارهای عدم ورود: ابتلا به مشکلات طبی و مامایی و اندیکاسیون سزارین بود. معیارهای خروج شامل: عدم شرکت در حداقل یکی از جلسات مشاوره، عدم شرکت در آزمون بعد از پژوهش، به وجود آمدن اندیکاسیون ختم بارداری قبل از اتمام دوره پژوهش، عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها، عدم دریافت محتوای کانال و پمفلت و بروز بیماری طبی و عارضه مامایی در حین پژوهش بود.

نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای و چارچوب نمونه‌گیری مراکز جامع سلامت شهرستان مشهد بود. به منظور جلوگیری از تعامل و انتشار اطلاعات در دو گروه، هر مرکز با تخصیص تصادفی به یک گروه مطالعه اختصاص یافت. به این صورت که اسامی مراکز و نام گروه‌ها بر روی کاغذهای جداگانه نوشته و در دو پاکت مجزا قرار داده شد. سپس به طور همزمان نام دو مرکز و یک گروه از دو پاکت انتخاب شد. در مرحله بعد، از هر مرکز، با روش قرعه‌کشی، چهار پایگاه به گروه مداخله و چهار پایگاه به گروه کنترل اختصاص یافت. سپس در داخل هر مرکز نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام گرفت.

با توجه به مطالعه شریف‌زاده و همکاران که میانگین نمره ترس از زایمان بعد از مداخله را در گروه مداخله  $11/11 \pm 40/62$  و در گروه کنترل  $29/51 \pm 68/78$  گزارش نمودند (۲۰) و در نظر گرفتن خطای ۵٪ و توان آزمون ۹۹٪ با

استفاده از فرمول حجم نمونه مقایسه میانگین دو جامعه مستقل، حداقل حجم نمونه در هر گروه ۲۵ نفر تعیین شد. با توجه به مداخله‌ای بودن مطالعه و احتمال ریزش حدود ۲۰٪، حجم نمونه نهایی ۳۱ نفر در هر گروه تعیین شد. جریان فرآیند کامل نمونه‌گیری در نمودار کانسورت شماره ۱ بیان شده است.

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2 (s_1^2 + s_2^2)}{(\bar{x}_2 - \bar{x}_1)^2}$$

$$= \frac{(1.96 + 2.33)^2 (29.51^2 + 11.11^2)}{(68.78 - 40.62)^2}$$

$$= 25.1$$

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه مشخصات فردی (سن مادر، سطح تحصیلات مادر، سطح تحصیلات همسر، شغل مادر، شغل همسر، سطح درآمد خانواده)، مشخصات مامایی (تعداد بارداری، تعداد فرزندان، اندیکاسیون سزارین قبلی، سابقه زایمان طبیعی، مکان انجام مراقبت‌های دوران بارداری) و پرسشنامه پژوهشگر ساخته انگیزه مبتنی بر مدل فوگ و پرسشنامه انتظار/تجربه زایمان ویجما (W-DEQ) نسخه A، انجام گرفت.

گویه‌های پرسشنامه پژوهشگر ساخته انگیزه زایمان طبیعی مبتنی بر مدل فوگ براساس مرتبط‌ترین مرور متون از جمله مطالعه پاکدامن و فیروزی (۲۱) و اندرون و همکاران (۱۶) و نیز تجربه تخصصی تیم تحقیق طراحی گردید که شامل ۲۲ سؤال مربوط به زیرسازه‌های انگیزه (درد/لذت، ترس/امید، رد/پذیرش اجتماعی)، بر مبنای مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای (کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم،

مخالف و کاملاً مخالف) است که نمره یک پایین‌ترین سطح انگیزه و نمره ۵ بالاترین سطح انگیزه را نشان می‌دهد و در مجموع سؤالات، نمره بالاتر بیانگر انگیزه بیش‌تر است. برای ارزیابی روایی محتوا از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. بدین صورت که برای ارزیابی روایی محتوای کیفی، پرسشنامه در اختیار ۷ تن از اعضای هیأت علمی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و گروه روان‌شناسی قرار گرفت و پس از دریافت نظرات، اصلاحات لازم اعمال شد. برای ارزیابی روایی محتوای کمی، از دو ضریب نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio: CVR) و شاخص روایی محتوا (Content Validity Index: CVI) استفاده و از مجموع ۲۵ عبارت طراحی شده، ۳ عبارتی که دارای  $r < 0.80$  بودند، حذف شدند. پایایی این ابزار (همسانی درونی) با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در اجرای پرسشنامه در مورد ۱۰ نفر به عنوان پایلوت، محاسبه و با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به تأیید رسید.

پرسشنامه انتظار/تجربه زایمان ویجما (W-DEQ) نسخه A، توسط Wijma در سال ۱۹۹۸ تهیه شد که دارای ۳۳ جمله می‌باشد (۲۲) که در مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از ۰ تا ۵ نمره می‌گیرند. مجموع امتیازات از ۰ تا ۱۶۵ متغیر است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده FOC بالاتر است که به صورت سطح ترس خفیف نمره ۳۷ یا کم‌تر، متوسط نمره ۳۸ تا ۶۵، شدید نمره ۶۶ تا ۸۴ و سطح ترس بالینی نمره بیش‌تر یا مساوی ۸۵ را نشان می‌دهد. در ایران روایی این پرسشنامه توسط اندرون و همکاران بررسی شده است

(۲۳). پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به تأیید رسید.

پرسشنامه‌ها در ابتدا و دو هفته بعد از پایان مداخله توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید. در گروه مداخله، علاوه بر دریافت مراقبت‌های معمول مرکز بهداشتی-درمانی، مشاوره فردی مبتنی بر مدل Fogg (۲۴) توسط پژوهشگر به صورت چهره به چهره، طی دو جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای به صورت یک هفته در میان و تا حد امکان براساس روزهای مراجعه مادر به مرکز در هفته‌های ۳۰-۲۸، ۳۲-۳۰ و ۳۴-۳۲ انجام یافت.

محور بحث جلسات اول و دوم، واکاوی انگیزه‌های مادر برای انتخاب زایمان طبیعی و یا سزارین بود. مشاور مطالبی را در خصوص ایجاد انگیزه مثبت نسبت به زایمان طبیعی از جمله بیان فواید زایمان طبیعی برای مادر و نوزاد، عوارض سزارین‌های تکراری برای مادر، تأثیر بر قدرت باروری ارایه می‌نمود و همچنین راهکارهای مناسب با توجه به علل ترسی که مادر بیان می‌کرد در جهت کاهش ترس از زایمان به او داده می‌شد. جلسه سوم که به دلیل شیوع بیماری کرونا به صورت غیرحضوری برگزار شد به این صورت بود که تمام مطالب مرتبط با روش‌های زایمان (فیلم سزارین و زایمان طبیعی، انواع ماساژ برای کاهش درد زایمان، ورزش‌های دوران بارداری و حین زایمان، مصاحبه با مادران دارای تجربه زایمان طبیعی پس از سزارین موفق، پمفلت‌های آموزشی مرتبط) در کانال تلگرامی در اختیار مادران قرار می‌گرفت.

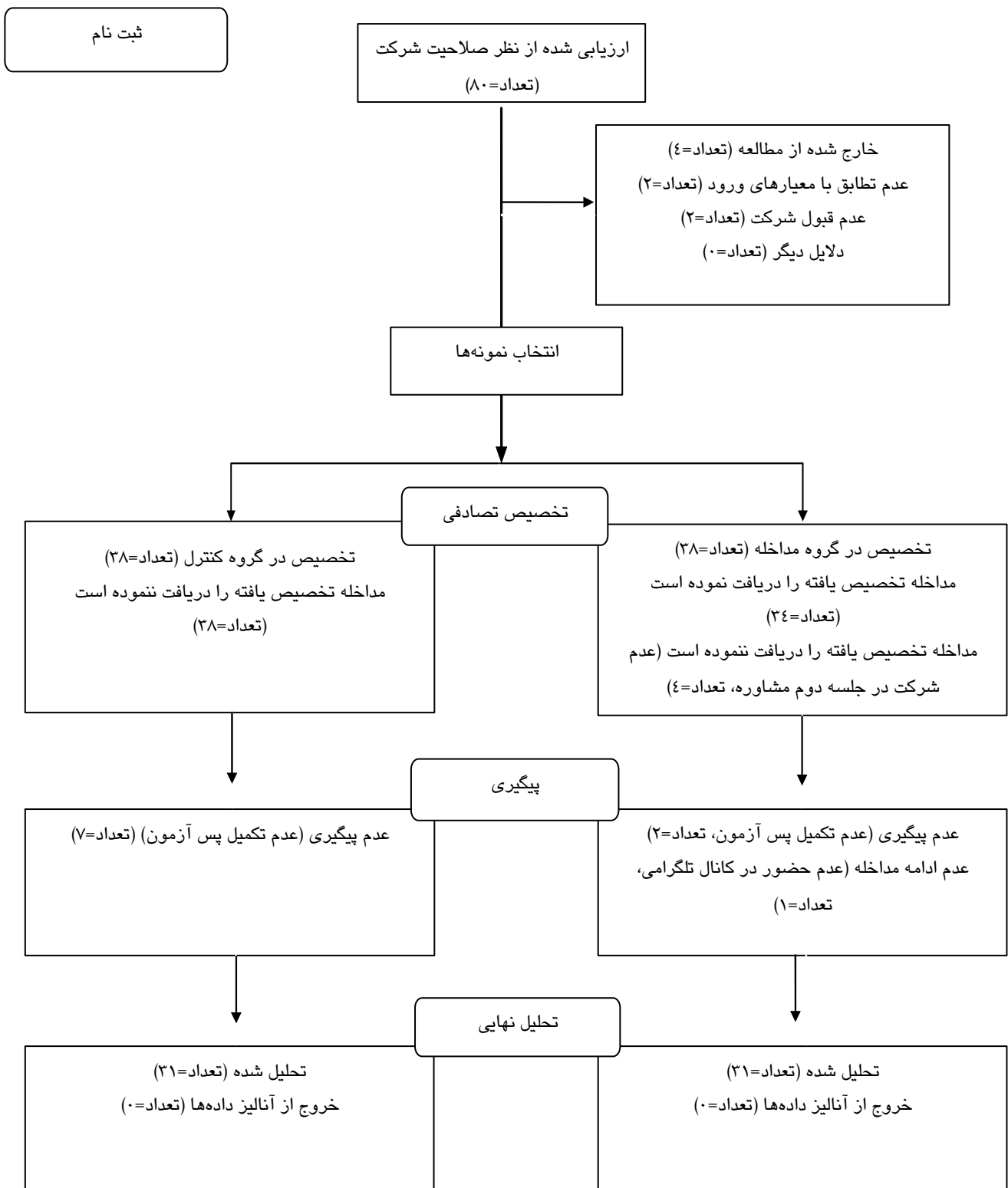
در گروه کنترل، مراقبت‌های معمول از جمله: مشاوره انتخاب نوع زایمان توسط

مراقب سلامت، شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان و آموزش انتخاب نوع زایمان در جلسه ششم، ارجاع به متخصص زنان در ارتباط با نوع زایمان، توسط پژوهشگر قبل و بعد از مداخله پرسیده شد و ثبت گردید.

فرآیند نمونه‌گیری و انجام مطالعه پس از کسب کسب اخلاق (IR.MUMS.NURSE.REC.1398.081) و

هماهنگی با مسئولان مربوط و همچنین توضیح درباره اهداف پژوهش به زنان واجد شرایط و اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی شرکت در مطالعه و رعایت اصول اخلاقی انجام گرفت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا توسط آزمون ناپارامتریک Kolmogorov-Smirnov توزیع نرمال متغیرهای کمی بررسی شد. از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (میانگین و انحراف معیار برای داده‌های با توزیع نرمال و میانه و چارک‌ها برای داده‌های با توزیع غیرنرمال) و تعداد و درصد، برای متغیرهای کیفی استفاده شد. از آزمون تی مستقل / Mann-Whitney برای مقایسه متغیرهای کمی نرمال/غیرنرمال در دو گروه، از آزمون تی زوجی / Wilcoxon برای ارزیابی تأثیر مداخله برای متغیرهای کمی نرمال/غیرنرمال و از آزمون کای دو و دقیق فیشر برای مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه استفاده شد. از تحلیل کوواریانس برای ارزیابی تأثیر مشاوره با رویکرد فوگ بر تغییرات نمره ترس از زایمان با در نظر گرفتن نمره ترس از زایمان در پیش آزمون استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام گرفت. سطح معناداری  $p < 0/05$  در نظر گرفته شد.



### نمودار ۱- نمودار کانسورت روند انتخاب، ارزیابی و پیگیری مشارکت‌کنندگان

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن افراد مورد مطالعه در گروه مداخله  $29/61 \pm 4/10$  سال و در گروه کنترل  $31/55 \pm 4/29$  سال ( $p=0/074$ ) و میانگین و انحراف معیار سن بارداری در گروه مداخله  $28/77 \pm 0/99$  هفته و در گروه کنترل  $29/42 \pm 1/15$  هفته بود ( $p=0/071$ ). آزمون‌های آماری نشان داد توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی و باروری در دو گروه همگن است ( $p>0/05$ ). سایر مشخصات نمونه‌های پژوهش به تفکیک دو گروه در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

میانگین و انحراف معیار نمره انگیزه مادران در مورد انتخاب زایمان طبیعی پس از سزارین در گروه کنترل قبل از مداخله  $2/54 \pm 0/45$  و دو هفته بعد از مداخله  $2/54 \pm 0/36$  و در گروه مشاوره قبل از مداخله  $2/55 \pm 0/54$  و دو هفته بعد از مداخله  $2/67 \pm 0/58$  بود. ولی با توجه به این افزایش مختصر انگیزه در گروه مشاوره اختلاف بین دو گروه معنادار نشد ( $p=0/303$ ).

میانگین و انحراف معیار ترس از زایمان در مادران باردار سزارین قبلی در گروه کنترل قبل از مداخله  $91/96 \pm 34/29$  و دو هفته بعد از مداخله  $85/90 \pm 69/29$  و در گروه مشاوره قبل از مداخله  $111/67 \pm 30/27$  و دو هفته بعد از مداخله  $95/83 \pm 24/03$  بود. در گروه مشاوره اختلاف قبل و بعد از مداخله معنادار شد ( $p<0/001$ ). مشاوره براساس مدل فوگ نمره ترس از زایمان را در گروه مداخله کاهش داد. اطلاعات مربوط به میانه نمره انگیزه مبتنی بر مدل فوگ قبل و بعد از مداخله در جدول شماره ۲ و اطلاعات مربوط به میانه نمره ترس از زایمان ویجما در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

با توجه به همگن نبودن نمره ترس از زایمان در ابتدای مطالعه در دو گروه مورد مطالعه، از تحلیل کوواریانس برای ارزیابی تأثیر مشاوره با رویکرد فوگ بر تغییرات نمره ترس از زایمان استفاده شد. نتیجه تحلیل کوواریانس نشان داد مداخله در کاهش ترس از زایمان مؤثر بوده است. اطلاعات دقیق‌تر در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

**جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی و باروری مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر مشهد در سال ۱۳۹۹**

به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

نتایج آزمون تی مستقل / من‌ویتنی <i>p</i> -value	گروه		متغیرهای کمی
	کنترل (۳۱ نفر)	مشاوره (۳۱ نفر)	
۰/۳۰۱	۲(۲-۲)	۲(۳-۲)	تعداد بارداری (عدد)
۰/۴۱۷	۱(۱-۱)	۱(۱-۱)	تعداد فرزندان (عدد)
۰/۹۷۵	۵(۷-۳)	۵(۶-۴)	فاصله بین زایمان قبلی تا بارداری فعلی (سال)
نتایج آزمون دقیق فیشتر / کای‌دو <i>p</i> -value	درصد(تعداد)	درصد(تعداد)	متغیرهای کیفی
۰/۱۵۷	۱(۳/۲) ۳(۹/۷) ۱۲(۳۸/۷) ۱۵(۴۸/۴)	۱(۳/۲) ۶(۱۹/۲) ۱۷(۵۴/۸) ۷(۲۲/۶)	تحصیلات ابتدایی راهنمایی متوسطه عالی
۰/۷۰۷	۲۶(۸۳/۹) ۵(۱۶/۱)	۲۸(۹۰/۳) ۳(۹/۷)	شغل خانه‌دار شاغل
۰/۹۹۹	۲(۶/۵) ۲۸(۹۰/۳) ۱(۳/۲)	۳(۹/۷) ۲۸(۹۰/۳) ۰(۰/۰)	درآمد خانواده کم‌تر از حد کفاف در حد کفاف بیش‌تر از حد کفاف
۰/۲۲۸	۳۱(۱۰۰) ۰(۰)	۲۸(۹۰/۳) ۳(۹/۷)	پوشش بیمه بلی خیر
۰/۷۰۷	۳(۹/۷) ۲۸(۹۰/۳)	۵(۱۶/۱) ۲۶(۸۳/۹)	سابقه زایمان طبیعی بلی خیر
۰/۷۴۹	۲۴(۷۷/۴) ۷(۲۲/۶)	۲۶(۸۳/۹) ۵(۱۶/۱)	رضایت از سزارین قبلی بلی خیر
۰/۴۱۲	۱۷(۵۴/۸) ۱(۳/۲) ۱۳(۴۱/۹)	۱۴(۴۵/۲) ۴(۱۲/۹) ۱۳(۴۱/۹)	توصیه همسر برای زایمان سزارین زایمان طبیعی نظری ندارد
۰/۵۸۷	۲۲(۷۱/۰) ۹(۲۹/۰)	۲۰(۶۴/۵) ۱۱(۳۵/۵)	برنامه‌ریزی بارداری با برنامه‌ریزی بدون برنامه‌ریزی

**جدول ۲- انگیزه زایمان طبیعی پس از سزارین مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر مشهد در سال**

۱۳۹۹ به تفکیک گروه (۳۱ نفر در هر گروه)

نتیجه آزمون من‌ویتنی	متغیر		انگیزه انتخاب زایمان طبیعی بعد از سزارین
	مداخله (۳۱ نفر)	کنترل (۳۱ نفر)	
$Z=۰/۰۹۹$ $p=۰/۹۲۱$	۲(۷۸ - ۲/۱۷) ۲/۴۸	(۲/۸۳ - ۲/۲۶) ۲/۴۸	قبل از مداخله
$Z=۰/۴۹۴$ $p=۰/۶۲۲$	(۲/۷۴ - ۲/۴۳) ۲/۶۱	(۲/۷۸ - ۲/۳۵) ۲/۵۷	دو هفته بعد از مداخله
$Z=۱/۰۳۰$ $p=۰/۳۰۲$	(۰/۳۹ - (-۰/۰۹)) ۰/۰۹	(۰/۲۲ - (-۰/۱۷)) ۰	تغییرات میانگین قبل از مشاوره و دو هفته بعد از اتمام مشاوره
	$Z=۰/۴۳۴$ $p=۰/۶۶۴$	$Z=۱/۴۳۹$ $p=۰/۱۵۰$	نتیجه آزمون ویلکاکسون



**جدول ۳- انتظار/ تجربه زایمان ویجما در مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ به تفکیک گروه (۳۱ نفر در هر گروه)**

نتیجه آزمون من‌ویتنی	متغیر		انتظار/ تجربه زایمان ویجما
	مشاوره (۳۱ نفر)	کنترل (۳۱ نفر)	
$T=۲/۶۰$ $p=۰/۰۱۲$	میانه (چارک اول-چارک سوم) ۱۱۳ (۱۰۱-۱۳۱)	میانه (چارک اول-چارک سوم) ۹۱ (۶۸-۱۱۳)	قبل از مداخله
$T=۱/۴۴$ $p=۰/۱۵۳$	۱۰۲ (۷۴-۱۱۳)	۸۷ (۵۶-۱۱۱)	دو هفته بعد از مداخله
$T=۱/۷۷$ $p=۰/۰۸۲$	۱۶ (۳-۲۸)	۳ (۱۳-(-۶))	تغییرات میانگین قبل از مشاوره و دو هفته بعد از اتمام مشاوره
	$p<۰/۰۰۱$	$p=۰/۱۵۷$	نتیجه آزمون تی‌زوجی

**جدول ۴- نتیجه آنالیز کوواریانس برای بررسی اثر گروه بر متغیر ترس از زایمان**

متغیرها	F(p-value)
گروه‌های درمانی (مشاوره با رویکرد فوک)	۰/۲۹۲ (۰/۵۹۱)
نمره ترس از زایمان در پیش آزمون	۶۰/۵۲۲ (<۰/۰۰۱*)

ضریب تعیین اصلاح شده=۰/۵۰۷؛ \* معنادار در سطح ۰/۰۵

## بحث و نتیجه‌گیری

داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش ترس از زایمان طبیعی شده است (۲۵). مقدم حسینی و همکاران در یک مطالعه مرور نظام‌مند اثربخشی مداخلات برای کاهش ترس از زایمان را بررسی کردند. در این پژوهش ۵ مطالعه که تأثیر مداخله مبتنی بر آموزش را بر ترس از زایمان بررسی کرده بودند و ۵ مطالعه که تأثیر مداخله مبتنی بر هیپنوتیزم را بررسی کرده بودند مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که هر دو نوع مداخله در کاهش ترس از زایمان مؤثر بوده، اما مداخلات مبتنی بر آموزش بیش‌تر از مداخلات مبتنی بر هیپنوتیزم مؤثر بوده‌اند (۲۶). اما Tata و همکاران نشان دادند که مشاوره با رویکرد شناخت درمانی در کاهش نمره ترس از زایمان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تأثیری نداشته است (۱۷).

پژوهش حاضر با هدف «بررسی تأثیر مشاوره فردی بر اساس مدل فوک، بر انگیزه و ترس از زایمان طبیعی در زنان سزارین قبلی» در سال ۱۳۹۹ در شهر مشهد انجام گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره ترس از زایمان طبیعی با انجام مشاوره در انتخاب نوع زایمان کاهش یافت، اما نمره انگیزه زایمان طبیعی تفاوت معنادار نشان نداد. امین‌الرعیایی و آقایی در مطالعه خود تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از زایمان در زنان نخست‌زا را بررسی کردند. در این مطالعه حجم نمونه شامل ۴۰ نفر از زنان نخست‌زا بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه مداخله و کنترل به صورت تصادفی قرار گرفته و طی ۵ جلسه ۸۵ دقیقه‌ای تحت آموزش گروهی قرار گرفتند. نتایج نشان

Laursen و همکاران نیز در مطالعه خود تأثیر مشاوره بر ترس از زایمان را در طول زمان بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که علی‌رغم راضی بودن زنان از درمان، مشاوره کم‌ترین اثر را روی ترس از زایمان و تجربه زایمانی داشته و به روش‌های درمانی مؤثرتری نیاز است (۲۷). عدم همسویی نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر ممکن است به دلیل تفاوت در حجم نمونه، روش مشاوره و گروه هدف متفاوت باشد. به اعتقاد پژوهشگران حاضر، نتایج ضد و نقیض این مطالعات، مؤید خلأ موجود در خصوص راهکارهای مؤثر برای تأثیر بر ترس از زایمان طبیعی می‌باشد.

نویسندگان مطالعه حاضر با مدنظر قرار دادن مدل فوگ به عنوان مدلی کاربردی برای تأثیر بر رفتار، بر این باور بودند که برای اثرگذاری بر انگیزه‌های فردی مادران سزارین قبلی، پرداختن به مؤلفه‌ای چون ترس که جنبه کاملاً فردی و ذهنی دارد، راهکاری مؤثر باشد. اما از آنجایی که نمره انگیزه در مطالعه حاضر تغییر معنادار نداشت، این‌طور بر می‌آید که زیرسازه ترس به تنهایی نمی‌تواند انگیزه فرد را برای انتخاب زایمان طبیعی پس از سزارین به طور معنادار تحت تأثیر قرار دهد و مؤلفه‌های دیگری از جمله درد/ لذت که مؤلفه‌ای مبتنی بر تجارب فردی است و نیز مؤلفه پذیرش/ رد اجتماعی که مؤلفه‌ای خارج از مجموعه ذهنیات و تجارب فردی و تحت تأثیر عوامل بیرونی می‌باشد، نیز از توانایی لازم برای اثرگذاری بر انگیزه‌های فردی برخوردار بوده و در نتیجه برای اثر بر انگیزه‌های فردی باید از راهکارهای جامع‌تری به جز مداخلات فردی بهره گرفت. در

مطالعات دیگر هم عدم دسترسی به پزشک موافق (۲۸)، عدم خودکارآمدی در فرآیند تصمیم‌گیری (۲۹) و فشار اطرافیان برای نوع زایمان (هنجارهای انتزاعی) و تأثیر کادر پزشکی در انتخاب نوع زایمان (۳۰) مؤثر دانسته شده که بیانگر نقش مهم زیرسازه رد یا پذیرش اجتماعی برای افزایش انگیزه در مدل فوگ است. از آنجا که افزایش انگیزه در زنان سزارین قبلی به مراتب سخت‌تر از مادران بدون تجربه سزارین است و با توجه به تأکید وزارت بهداشت بر کاهش سزارین‌های تکراری، کار و پژوهش‌های بیشتر در این گروه هدف ضرورت دارد.

از نقاط قوت این پژوهش، استفاده از مدل فوگ در حوزه علوم پزشکی و به طور خاص در رفتار مادران سزارین قبلی در خصوص نوع زایمان است. با توجه به این که انگیزه‌های فردی و توانمندی شخصی در مشاوره قابل بررسی است، مشاوره فردی بالینی با تمرکز بر این سازه می‌تواند در کمک به انتخاب نوع زایمان مؤثر باشد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، همزمانی مطالعه با شیوع کرونا بود که ارایه جلسات مشاوره را محدود می‌نمود.

در مطالعه حاضر، مشاوره فردی با رویکرد مدل فوگ ترس از زایمان را در گروه مداخله کاهش داد اما روی انگیزه مادران تأثیر معناداری نداشت. با توجه به این که انگیزه نقش مهمی در سازگاری با زایمان طبیعی دارد و سطح بالای آن در مادران باردار، می‌تواند تأثیر به‌سزایی در کاهش نرخ سزارین و عوارض پس از آن داشته باشد، در نتیجه پژوهش‌های بیشتر از جمله تلفیق مشاوره فردی و گروهی،

پژوهشی دانشگاه که حمایت مالی این طرح را بر عهده گرفتند و همچنین از اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی و همکاری صمیمانه کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهر مشهد و مادران عزیزی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

خانواده درمانی و مداخلات در سطح اجتماع در این زمینه توصیه می‌شود.

## تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد است. بدین‌وسیله از معاونت محترم

## References

- 1 - Bodecs T, Horvath B, Szilagyi E, Gonda X, Rihmer Z, Sandor J. Effects of depression, anxiety, self-esteem, and health behaviour on neonatal outcomes in a population-based Hungarian sample. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011 Jan; 154(1): 45-50. doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.08.021.
- 2 - Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Womens Health.* 2011 Jun 2; 11: 22. doi: 10.1186/1472-6874-11-22.
- 3 - Nilsson C, Hessman E, Sjoblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018 Jan 12; 18(1): 28. doi: 10.1186/s12884-018-1659-7.
- 4 - Gao LL, Liu XJ, Fu BL, Xie W. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: a cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery.* 2015 Sep; 31(9): 865-70. doi: 10.1016/j.midw.2015.05.003.
- 5 - Andaroon N, Kordi M, Kimiaei SA, Esmaeili H. [Relationship between intensity of fear of childbirth with choosing mode of delivery in primiparous women]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility.* 2017 Jul; 20(5): 68-75. doi: 10.22038/IJOGI.2017.9082. (Persian)
- 6 - O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017 Aug; 96(8): 907-920. doi: 10.1111/aogs.13138.
- 7 - Sydsjo G, Sydsjo A, Gunnervik C, Bladh M, Josefsson A. Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012 Jan; 91(1): 44-49. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01242.x.
- 8 - Westerneng M, Witteveen AB, Warmelink JC, Spelten E, Honig A, de Cock P. Pregnancy-specific anxiety and its association with background characteristics and health-related behaviors in a low-risk population. *Compr Psychiatry.* 2017 May; 75: 6-13. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.02.002.
- 9 - Negahban T, Ansari A. [Does fear of childbirth predict emergency cesarean section in primiparous women?]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2009; 14(3,4): 73-81. (Persian)
- 10 - Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmoodi M. [Cesaren section in maternity hospitals in Tehran, Iran]. *Payesh.* 2002; 1(3): 5-10. (Persian)
- 11 - Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Soc Sci Med.* 2006 Jul; 63(1): 64-75. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.065.
- 12 - Ryding EL, Lukasse M, Kristjansdottir H, Steingrimsdottir T, Schei B. Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth - a six-country cohort study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2016 Sep; 37(3): 75-83. doi: 10.1080/0167482X.2016.1181055.
- 13 - Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmaki E, Saisto T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG.* 2011 Aug; 118(9): 1104-11. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02967.x.

- 14 - Khorsandi M, Ghofranipour F, Heydarnia A, Faghih Zadeh S, Vafaei M, Rousta F, et al. [The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women]. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2008; 11(3): 29-36. (Persian)
- 15 - Fathizadeh M, Abedini S, Mohseni Sh. [The effect of childbirth preparation courses on the reduction of anxiety of pregnant women referring to health centers of Sirik in Hormozgan, Iran]. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal*. 2016; 6(3): 24-33. (Persian)
- 16 - Andaroon N, Kordi M, Kimiaee SA, Esmaili H. The effect of individual counseling on attitudes and decisional conflict in the choice of delivery among nulliparous women. *J Educ Health Promot*. 2020 Feb 28; 9: 35. doi: 10.4103/jehp.jehp\_472\_18.
- 17 - Tata N, Esmailpour Kh, Najafzadeh N, Nadermohammadi M, Mirghafourvand M. The effect of Beck's cognitive therapy on anxiety and fear of childbirth: a randomized controlled trial. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2022 Apr; 10(2): 3198-3209. doi: 10.22038/JMRH.2022.62495.1775.
- 18 - Fogg BJ. A behavior model for persuasive design. *Proceedings of the 4th International Conference on Persuasive Technology: 2009 April 26-29: Claremont, California, USA*. doi: 10.1145/1541948.1541999.
- 19 - Sharghi A, Kamran A, Sharifirad Gh. [Assessing the factors influencing delivery method selection in primiparous pregnant women referred to health centers in Ardabil, 2010]. *Hormozgan Medical Journal*. 2011; 15(3): 215-222. (Persian)
- 20 - Sharifzadeh M, Haghighi NB, Keramat A, Goli M, Motaghi Z. [Effectiveness of midwifery counseling based on solution-focused approaches on fear of childbirth]. *Koomesh*. 2018; 20(2): 375-383. (Persian)
- 21 - Pakdaman R, Firoozi M. Vaginal birth after cesarean section in Iran: a narrative review. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2021 Apr; 9(2): 2642-2651. doi: 10.22038/JMRH.2021.54560.1667.
- 22 - Wijma K, Alehagen S, Wijma B. Development of the delivery fear scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002 Jun; 23(2): 97-107. doi: 10.3109/01674820209042791.
- 23 - Andaroon N, Kordi M, Kimiaee SA, Esmaily H. [Effect of individual counseling program by a midwife on anxiety during pregnancy in nulliparous women]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2018 Mar; 20(12): 86-95. doi: 10.22038/IJOGI.2017.10434. (Persian)
- 24 - Fogg BJ. *Tiny habits: the small changes that change everything*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt; 2020.
- 25 - Aminolroayae M, Aghaei A. [The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on fear of delivery in primiparous women]. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2019 Jan; 19(4): 56-65. doi: 10.30486/jsrp.2018.545637. (Persian)
- 26 - Moghaddam Hosseini V, Nazarzadeh M, Jahanfar S. Interventions for reducing fear of childbirth: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women Birth*. 2018 Aug; 31(4): 254-262. doi: 10.1016/j.wombi.2017.10.007.
- 27 - Laursen M, Johansen C, Hedegaard M. Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish national birth cohort. *BJOG*. 2009 Sep; 116(10): 1350-5. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02250.x.
- 28 - Firoozi M, Tara F, Ahanchian MR, Latifnejad Roudsari R. Health care system barriers to vaginal birth after cesarean section: a qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2020 Apr 18; 25(3): 202-211. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_150\_19.
- 29 - Chen SW, Hutchinson AM, Nagle C, Bucknall TK. Women's decision-making processes and the influences on their mode of birth following a previous caesarean section in Taiwan: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Jan 17; 18(1): 31. doi: 10.1186/s12884-018-1661-0.
- 30 - Firoozi M, Tara F, Ahanchian MR, Latifnejad Roudsari R. Clinician's and women's perceptions of individual barriers to vaginal birth after cesarean in Iran: a qualitative inquiry. *Caspian J Intern Med*. 2020 May; 11(3): 259-266. doi: 10.22088/cjim.11.3.259.

# The effect of individual counseling based on the Fogg model on the motivation and fear of natural childbirth in women with previous cesarean section

Somayeh Attarian<sup>1</sup>, Zhaleh Feyzi<sup>2</sup>, Jamshid Jamali<sup>3</sup>, Mahboobeh Firoozi<sup>4\*</sup>

**Article type:**  
**Original Article**

Received: May 2022  
Accepted: Aug. 2022  
e-Published: 24 Oct. 2022

Corresponding author:  
Mahboobeh Firoozi  
e-mail:  
firoozim@mums.ac.ir

## Abstract

**Background & Aim:** Fear of childbirth is one of the reasons for choosing cesarean section. Given the consequences of repeated cesarean section, interventions that control the fear of childbirth are important in mother's decision for the mode of birth. The aim of the study is to assess the effect of individual counseling based on the Fogg model on the motivation and the fear of natural childbirth in women with previous cesarean section.

**Methods & Materials:** In this clinical trial, 62 pregnant women with a previous cesarean section, referred to Mashhad Comprehensive Health Centers in 2020, were randomly assigned into intervention or control groups. In the intervention group, individual counseling based on the Fogg model was provided in two face-to-face 45-60 minute sessions biweekly and one non-face-to-face session on the Telegram channel at 28-30 weeks of pregnancy. Data was collected by a demographic form, the motivation questionnaire, and the Wijma expectation/experience questionnaire at the beginning and two weeks after the intervention. Data analysis was performed using statistical tests by the SPSS software version 25 at a significance level of 0.05.

**Results:** The mean difference of the fear of childbirth score before and after the intervention was  $15.84 \pm 20.07$  for the intervention group and  $6.06 \pm 23.28$  for the control group. Counseling with the fog approach has significantly changed the fear of childbirth score in the intervention group compared to the control group ( $P < 0.001$ ), but the changes in motivation were not statistically significant.

**Conclusion:** Counseling with the Fogg approach reduced the fear of childbirth score. It is recommended to use this counseling method to reduce the fear of childbirth, and to use strategies to increase the motivation for natural childbirth after cesarean section.

**Clinical trial registry:** IRCT20200105046014N1

**Key words:** Fogg model, fear of childbirth, cesarean section, vaginal birth after cesarean, motivation

## Please cite this article as:

Attarian S, Feyzi Zh, Jamali J, Firoozi M. [The effect of individual counseling based on the Fogg model on the motivation and fear of natural childbirth in women with previous cesarean section]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2022; 28(3): 259-271. (Persian)

1 - Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad Medical Sciences, Islamic Azad University, Mashhad, Iran; Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2 - Psychiatric and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3 - Dept. of Statistics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

4 - Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran; Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

