Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Winter 2026, Volume 12, Issue 2 10.22034/ijrn.12.2.112

The Effectiveness of Mindfulness-Based Art Therapy on Fear of Childbirth and Enhancement of Quality of Life in Pregnant Women

Ashraf Beirami[1], Shilan Azizi[2*]

1- Department of Nursing, BA.C.,Islamic Azad University. Bandar Abbas, Iran.
2-Mother and Child Welfare Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

***Corresponding Author:** Shilan Azizi, Mother and Child Welfare Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.
Email: azizi.sh23@yahoo.com

Received: 2025/08/17 Accepted: 2025/10/27

Abstract

Introduction: Fear of childbirth is a prevalent psychological phenomenon that can adversely affect pregnant women's mental health and quality of life, often leading to heightened stress and anxiety during pregnancy and delivery. Identifying effective interventions to alleviate this fear is essential for improving the quality of prenatal care. The present study aimed to examine the effectiveness of mindfulness-based art therapy in reducing fear of childbirth and enhancing quality of life among primiparous and multiparous pregnant women.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with three parallel arms (two intervention groups and one control group) and was conducted in 2025 in Bandar Abbas, Iran. A total of 90 eligible pregnant women were selected using structured random sampling and allocated into three groups of 30 participants each (primiparous intervention, multiparous intervention, and control). The intervention consisted of eight structured, face-to-face group sessions of mindfulness-based art therapy. Assessments were conducted at three time points: baseline (pretest), immediately after the intervention (posttest), and at a four-week follow-up. Fear of childbirth was measured using the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ), and quality of life was assessed using the Short Form Health Survey (SF-36). Data were analyzed using SPSS version 21 and appropriate statistical tests. Ethical principles were observed, and informed consent was obtained from all participants.

Results: The groups were homogeneous in terms of demographic characteristics ($P > 0.05$). No significant differences were observed in fear of childbirth scores at baseline. However, post-intervention analyses revealed a significant reduction in fear of childbirth in both intervention groups compared with the control group ($P < 0.001$), and this effect was sustained at the four-week follow-up. Participant satisfaction with the program was high, indicating the acceptability and effectiveness of the intervention in improving psychological well-being and quality of life.

Conclusion: Mindfulness-based art therapy appears to be an effective intervention for reducing fear of childbirth and improving quality of life among pregnant women and may play a significant role in promoting maternal mental health during pregnancy.

Keywords: Art therapy, Mindfulness, Pregnancy anxiety, Primiparous women, Multiparous women, Quality of life.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijrn.12.2.112]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

زمستان ۱۴۰۴، دوره ۱۲، شماره ۲

10.22034/ijrn.12.2.112

اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از زایمان و ارتقاء کیفیت زندگی زنان باردار

اشرف بیرامی[۱]، شیلان عزیزی[۲*]

۱- گروه پرستاری، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.
۲- مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

*نویسنده مسئول: شیلان عزیزی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.
ایمیل: azizi.sh23@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۵/۲۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۸/۵

چکیده

مقدمه: ترس از زایمان پدیده‌ای شایع و اثرگذار بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان باردار است که می‌تواند تجربه بارداری و زایمان را با تنش و نگرانی همراه سازد. شناسایی مداخلات مؤثر برای کاهش این ترس، گامی مهم در ارتقای مراقبت‌های دوران بارداری محسوب می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش ترس از زایمان و بهبود کیفیت زندگی زنان باردار نخست‌زا و چندزا انجام شد.

روش‌کار: این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و سه بازوی موازی (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل) در سال ۱۴۰۴ در بندرعباس انجام شد. ۹۰ زن باردار واجد شرایط به روش تصادفی ساختاریافته در سه گروه ۳۰ نفره (نخست‌زا، چندزا و کنترل) قرار گرفتند. مداخله شامل هشت جلسه گروهی هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌صورت حضوری و ساختارمند بود. ارزیابی‌ها در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری چهار هفته‌ای) انجام شد. ترس از زایمان با پرسشنامه W-DEQ و کیفیت زندگی با فرم کوتاه SF-36 سنجیده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-21 و آزمون‌های آماری مناسب تحلیل شدند. ملاحظات اخلاقی رعایت و رضایت آگاهانه اخذ شد.

یافته‌ها: گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همگن بودند ($P<0/05$). پیش از مداخله تفاوت معناداری در نمرات ترس از زایمان مشاهده نشد، اما پس از مداخله، کاهش معناداری در دو گروه مداخله نسبت به کنترل گزارش شد ($P<0/001$) و این اثر در پیگیری چهار هفته‌ای پایدار ماند. رضایت شرکت‌کنندگان بالا بود که نشان‌دهنده مقبولیت و کارآمدی مداخله در بهبود تجربه روانی و کیفیت زندگی آنان است.

نتیجه‌گیری: هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در کاهش ترس از زایمان و بهبود کیفیت زندگی زنان باردار به‌کار رود و در ارتقای سلامت روان دوران بارداری نقش مهمی ایفا کند.

کلیدواژه‌ها: هنر درمانی، ذهن آگاهی، اضطراب حاملگی، زنان باردار نخست‌زا، زنان باردار چندزا، کیفیت زندگی.

مقدمه

بارداری و تجربه زایمان، نقاط عطف حیاتی و عمیقاً تاثیرگذار در چرخه زندگی زنان به شمار می‌روند؛ این دوران، علی‌رغم آمیختگی با هیجانات مثبت چون شادی و انتظار، بستر مناسبی برای بروز طیف وسیعی از اضطراب‌ها و نگرانی‌های روان‌شناختی نیز فراهم می‌آورد (۱-۴). در این میان، ترس از زایمان طیفی پیوسته را شامل می‌شود که از اضطراب‌های طبیعی و انطباقی، با کارکرد حمایتی و آمادگی‌بخش، تا ترس شدید و فلج‌کننده در نوسان است (۵, ۶). در سطوح بهنجار، این اضطراب می‌تواند به عنوان محرکی روانی عمل کرده و آمادگی و تاب‌آوری زنان را در مواجهه با فرآیند زایمان تقویت نماید (۷). در مقابل، ترس

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.22034/ijm.12.2.112]

شـدید و فلج‌کننـده بـا تضعیـف قابـل ملاحظـه اعتمـاد بـه نفـس و احسـاس خودکارآمـدی در زنـان همـراه بـوده و می‌توانـد کیفیـت کلـی تجربـه بـارداری و زایمـان را بـه شـدت تحـت تاثیـر قـرار دهـد (۸-۱۰). شـیوع تـرس از زایمـان تحـت تأثیـر عوامـل فرهنگـی، مرحلـه بـارداری و ابزارهـای سـنجش متفـاوت اسـت؛ یـک متاآنالیـز شـیوع جهانـی ایـن اختـلال را حـدود ۱۴ درصـد گـزارش کـرده اسـت (۱۱). در ایـران نیـز، بیـن ۵ تـا ۲۰ درصـد زنـان بـاردار دچـار تـرس از زایمـان هسـتند و ۶ تـا ۱۳ درصـد، تجربـه تـرس شـدید و ناتوان‌کننـده دارنـد، بـه گونـه‌ای کـه تقریبـاً از هـر پنـج زن بـاردار، یـک نفـر تحـت تأثیـر ایـن اضطـراب قـرار می‌گیـرد (۱, ۱۲).

اضطـراب مـادر، ماننـد سـایه‌ای نامرئـی، بـر جنیـن سـنگینی می‌کنـد و نـه تنهـا آرامـش روانـی مـادر را بـر هـم می‌زنـد، بلکـه فیزیولـوژی نوپـای جنیـن را نیـز دسـتخوش تغییـرات نامطلـوب می‌سـازد؛ از تحریـک زودهنـگام زایمـان و دشـوار کـردن رونـد آن گرفتـه تـا تولـد نـوزاد بـا وزنـی کمتـر از حـد انتظـار و محدودیـت رشـد داخـل رحمـی، ایـن اضطـراب، چرخـه حیاتـی رشـد و سـلامت را مختـل کـرده و دنیـای درون رحـم را بـه میدانـی بـرای چالش‌هـای جسـمانی تبدیـل می‌نمایـد. (۱۳, ۱۴). شـواهد همچنیـن حاکـی از آن اسـت کـه تـرس از زایمـان، یکـی از عوامـل اصلـی افزایـش درخواسـت سـزارین توسـط مـادران اسـت (۱۵-۱۷). بـا توجـه بـه پیامدهـای گسـترده و پیچیـده ایـن اختـلال، شناسـایی و ارائـه مداخـلات مؤثـر روان‌شـناختی، از جملـه هنردرمانـی مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی، بـرای کاهـش تـرس و ارتقـای کیفیـت زندگـی زنـان بـاردار اهمیـت فراوانـی دارد.

بـه منظـور پیشـگیری از عواقـب ناخوشـایند ذکـر شـده، مدیریـت تـرس از زایمـان امـری حیاتـی اسـت (۱۸, ۱۹). در ایـن راسـتا، طیـف گسـترده‌ای از مداخـلات بـرای کنتـرل ایـن تـرس در دوران بـارداری پیشـنهاد شـده اسـت؛ از جملـه مداخلات آموزشـی روانشـناختی (۲۰, ۲۱)، کلاس‌هـای آمادگـی بـرای زایمـان (۲۲, ۲۳)، تمرینـات ایفـای نقـش (۲۴)، ذهن‌آگاهـی (۲۵)، خودهیپنوتیـزم (۲۶) ، درمـان شـناختی رفتـاری (۲۷) ، مصاحبـه انگیزشـی (۲۸) ، تکنیک‌هـای آرام‌سـازی (۲۹)، مشـاوره بـا محوریـت مامـا (۳۰, ۳۱)، روش‌هـای پـرت کـردن حـواس (۳۲)، هیپنوتراپـی (۳۳) و هنردرمانـی (۵). بـا ایـن وجـود، بایـد اذعـان داشـت کـه تلاش‌هـا بـرای کاهـش تـرس از زایمـان همـواره بـا موفقیـت کامـل همـراه نبـوده اسـت (۳۴, ۳۵) ، کـه بـر پیچیدگـی ایـن پدیـده و لـزوم یافتـن رویکردهـای نوآورانـه و شخصی‌سـازی شـده تأکیـد دارد.

تـرس از زایمـان سـایه‌ای اسـت کـه می‌توانـد بـر تجربـه‌ی شـیرین بـارداری سـنگینی کنـد و سـلامت مـادر و جنیـن را بـه چالـش بکشـد (۳۶-۴۰). امـا آیـا تـا بـه حـال فکـر کرده‌ایـد کـه چـرا ایـن تـرس در زنانـی کـه تجربـه‌ی زایمـان داشـته‌اند (چندزا) بـا زنانـی کـه اولیـن بـار ایـن مسـیر را تجربـه می‌کننـد (نخسـت‌زا) متفـاوت اسـت؟ درک ایـن تفاوت‌هـا، کلیـد طلایـی بـرای طراحـی مداخلاتـی مؤثرتـر اسـت. بـا وجـود انبوهـی از راهکارهـا، جـای خالـی یـک پژوهـش دقیـق کـه بتوانـد اثـر «هنردرمانـی تلفیقـی بـا ذهن‌آگاهـی» را بـر کاهـش ایـن تـرس در دو گـروه مجـزای زنـان بررسـی کنـد، همچنـان احسـاس می‌شـود. اینجاسـت کـه هنردرمانـی، بـا قابلیـت شـگفت‌انگیز خـود در ارتقـای کیفیـت زندگـی و سـلامت روان زنـان بـاردار (۴۱-۴۳)، وارد میـدان می‌شـود. گویـی قلم‌موهـا و رنگ‌هـا، در کنـار تمرینـات ذهن‌آگاهـی، راهـی بـه سـوی آرامـش می‌گشـایند. هـدف اصلـی مطالعـه ، کشـف ایـن نکتـه اسـت کـه آیـا ترکیـب خلاقیـت هنـری و قـدرت ذهن‌آگاهـی می‌توانـد بـه طـور چشـمگیری تـرس از زایمـان را در زنـان نخسـت‌زا و چندزا کاهـش دهـد. لـذا پژوهشـگران بـه دنبـال یافتـن پاسـخ ایـن سـوال هسـتند کـه آیـا ایـن رویکـرد دوگانـه، می‌توانـد پلـی باشـد بـرای عبـور از اضطـراب و رسـیدن بـه تجربـه‌ای دلپذیرتـر از زایمـان.

روش کار

مطالعـه حاضـر بـا بهره‌گیـری از طـرح نیمه‌آزمایشـی و پروتـکل پیش‌آزمـون پس‌آزمـون، شـامل سـه بـازوی مـوازی (دو گـروه مداخلـه و یـک گـروه کنتـرل) بـود. گـروه کنتـرل، مراقبت‌هـای اسـتاندارد و روتیـن را دریافـت می‌کـرد. ایـن پژوهـش بـه دنبـال ارائـه شـواهد علمـی مسـتند بـرای کارایـی ایـن مداخلـه در کاهـش اضطراب‌هـای مرتبـط بـا زایمـان و ارتقـاء سـلامت روان مـادران بـاردار اسـت. جامعـه آمـاری پژوهـش، کلیـه زنـان بـاردار مراجعه‌کننـده بـه مراکـز بهداشـتی درمانـی شـهری و روسـتایی، کلینیک‌هـا، مطب‌هـای خصوصـی و مراکـز زایمانـی در شهرسـتان بندرعبـاس را در بـر می‌گرفـت. پـس از تصویـب پروتـکل پژوهـش در شـورای پژوهشـی دانشـگاه علـوم پزشـکی بندرعبـاس و اخـذ تأییدیـه اخـلاق از کمیتـه اخـلاق، پژوهشـگر با ارائـه معرفی‌نامـه رسـمی بـه مراکـز ذی‌صـلاح مراجعـه و فرآینـد جـذب مشـارکت‌کنندگان را آغـاز نمـود. نمونه‌گیـری بـه روش در دسـترس و بـا لحـاظ دقیـق معیارهـای ورود بـه مطالعـه صـورت

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.112]

پذیرفت. اطلاع‌رسانی به جامعه هدف از طریق نصب پوسترهای اطلاع‌رسانی در مراکز بهداشتی و زایمانی، و انتشار آگهی در شبکه‌های اجتماعی و گروه‌های آنلاین مرتبط با بارداری انجام شد. زنانی که در هفته‌های ۲۶ تا ۲۸ بارداری قرار داشتند و به دلیل ترس شدید از زایمان طبیعی یا تمایل به سزارین ناشی از اضطراب، قصد تغییر مسیر زایمان را داشتند، برای مشارکت دعوت شدند. در نهایت، ۹۰ زن واجد شرایط، پس از ارزیابی دقیق، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: بارداری تک‌قلو، حضور در هفته‌های ۲۶ تا ۲۸ بارداری، زندگی مشترک با همسر، ملیت ایرانی، تسلط کافی به زبان فارسی، و تمایل آگاهانه به شرکت در جلسات هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بود. معیارهای خروج نیز شامل موارد زیر بود: بارداری پرخطر ، بارداری حاصل از روش‌های کمک باروری سابقه بیش از یک مورد سقط جنین، سابقه یا ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی مهم، مصرف داروهای روانپزشکی یا مواد مخدر، ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی، و دریافت همزمان سایر مداخلات روان‌شناختی یا آموزشی با هدف مدیریت اضطراب یا ترس از زایمان.

به منظور تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه‌های مداخله (هنردرمانی ذهن‌آگاهی برای نخست‌زا و چندزا) و گروه کنترل، از روش بلوک‌بندی دسته‌ای استفاده شد. در این روش، بلوک‌ها به گونه‌ای طراحی شدند که ترکیبی متعادل از زنان نخست‌زا و چندزا را در بر گیرند و هر بلوک با یک کد منحصر به فرد شناسایی می‌شد. مجموعاً ۱۵ بلوک شش نفره برای حجم نمونه کل ۹۰ نفر طراحی گردید. برای حفظ کامل و بی‌طرفی در تخصیص، ۹۰ پاکت مهر و موم شده و شماره‌گذاری شده آماده شد. اسامی گروه‌ها بر اساس یک الگوریتم نرم‌افزاری تصادفی در داخل هر پاکت قرار گرفت. پژوهشگر پاکت‌ها را به ترتیب شماره باز می‌کرد تا هر شرکت‌کننده به صورت تصادفی در یکی از گروه‌ها قرار گیرد. این فرآیند حساس با استفاده از نرم‌افزار تخصصی Random Allocation ۲,۰,۰ و تحت نظارت یک متخصص آمار اجرا شد تا دقت و صحت تخصیص به حداکثر برسد.

داده‌ها در سه مرحله زمانی کلیدی جمع‌آوری شدند: مرحله پیش از مداخله، بلافاصله پس از اتمام دوره مداخله، و چهار هفته پس از اتمام مداخله، به منظور ارزیابی اثرات کوتاه‌مدت و میان‌مدت مداخله (۴۱-۴۴). برای گردآوری داده‌ها از سه ابزار استاندارد و معتبر استفاده شد: الف) فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی، اجتماعی و باروری: این فرم شامل اطلاعات جامع دموگرافیک و بالینی بود که مواردی نظیر سن مادر، سن حاملگی، مدت زمان ازدواج، سطح تحصیلات فرد و همسر، شغل والدین، نوع سکونت، وضعیت مسکن، میزان رضایت از وضعیت اقتصادی-اجتماعی، وضعیت فعلی بارداری، میزان حمایت خانواده، منابع کسب اطلاعات درباره زایمان، و سابقه شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان را پوشش می‌داد. ب) پرسشنامه انتظارات و تجربیات زایمان ویجماکه این پرسشنامه که به طور گسترده برای سنجش ترس از زایمان استفاده می‌شود، شامل ۳۳ گویه است که با مقیاس لیکرت شش‌نقطه‌ای (از ۰: «اصلاً» تا ۵: «به شدت») سنجیده می‌شود. حداقل و حداکثر نمره قابل کسب در این پرسشنامه به ترتیب ۰ و ۱۶۵ است. نمره بالاتر در این مقیاس، نشان‌دهنده شدت بالاتری از ترس از زایمان است. طبق پروتکل استاندارد، نمرات ≤۸۵ به عنوان ترس بالینی، ۶۶–۸۴ به عنوان ترس شدید، ۳۸–۶۵ به عنوان ترس متوسط، و ≥۳۷ به عنوان ترس خفیف طبقه‌بندی می‌شود. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات ایرانی با روش دو نیمه کردن و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰.۸۱–۰.۸۵) به تأیید رسیده است (۲۲, ۴۵, ۴۶) ج) مقیاس دیداری آنالوگ رضایتمندی مقیاس برای سنجش میزان رضایت شرکت‌کنندگان از جلسات آموزشی و مشاوره‌ای به کار رفت. نمرات بین ۰ (کاملاً ناراضی) تا ۱۰ (کاملاً راضی) ثبت می‌شد. بر اساس نمرات کسب شده، رضایت به سه دسته تقسیم شد: ۱–۳ رضایت کم، ۴–۷ رضایت متوسط، و ۸–۱۰ رضایت بالا. پایایی این مقیاس در مطالعات ایرانی ۰.۸۵ گزارش شده است (۴۷) تمامی ابزارها با رعایت دقیق استانداردهای علمی و روش‌های نمره‌گذاری معتبر به کار گرفته شدند تا داده‌های گردآوری شده از نظر اعتبا رروایی و پایایی تضمین شده و تحلیل اثرات هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش ترس از زایمان و ارتقاء کیفیت زندگی زنان نخست‌زا و چندزا با بالاترین دقت علمی امکان‌پذیر گردد.

جزئیات اجرای مداخله و ملاحظات روش‌شناختی: جلسات گروهی درمانی با حضور ۳ تا ۱۵ شرکت‌کننده (بسته به گروه) برگزار شد. پیش از شروع هر جلسه، اطلاعات کامل در خصوص زمان، تاریخ و محل برگزاری از طریق تماس تلفنی یا حضوری در اختیار اعضا قرار می‌گرفت.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.112]

برای تسهیل ارتباطات، پرسش و پاسخ، و ارسال یادآوری‌ها، یک گروه اختصاصی در پلتفرم واتس‌اپ برای هر گروه مداخله ایجاد شد. کلیه جلسات در مرکز مشاوره بندرعباس و تحت هدایت یک روانشناس بالینی آموزش‌دیده در زمینه هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برگزار گردید. تمامی مراحل اجرای مداخله به دقت تحت نظارت مستقیم تیم تحقیق بود تا کیفیت اجرای جلسات و رعایت اصول حرفه‌ای و استانداردهای درمانی تضمین شود.

با توجه به ماهیت تعاملی و ماهیت هنردرمانی، کورسازی کامل شرکت‌کنندگان و مجری مداخله امکان‌پذیر نبود. با این حال، برای به حداقل رساندن سوگیری (Bias) و افزایش اعتبار داخلی نتایج، کورسازی در سطح ارزیاب به طور کامل اعمال شد. بدین ترتیب، افرادی که مسئولیت جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آماری را بر عهده داشتند، از تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه‌ها و زمان‌بندی مداخله بی‌اطلاع بودند (۴۱-۴۴). این رویکرد اطمینان حاصل کرد که ارزیابی اثرات مداخله با بیشترین عینیت و حداقل تأثیرپذیری از انتظارات صورت پذیرد.

ساختار جامع درمان و ارزیابی برنامه مداخله‌ای، بر اساس چارچوب‌های نظری هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تدوین گردید. تمامی محتوای آموزشی و فعالیت‌های هنری پیشنهادی، تحت نظارت دقیق یک تیم تخصصی متشکل از ماما، روانپزشک، روانشناس بالینی و متخصص هنردرمانی قرار گرفت تا روایی محتوایی و اثربخشی برنامه تضمین شود (۴۱, ۴۲). این فرآیند شامل ارزیابی موشکافانه هر جلسه، تناسب فعالیت‌های هنری با مرحله بارداری و نیازهای روانشناختی هیجانی زنان نخستزا و چندزا، و انطباق با آخرین دستاوردهای علمی در این حوزه بود. فعالیت‌های هنری طراحی شده شامل تکنیک‌های متنوعی نظیر تصویرسازی هدایت‌شده، نقاشی، طراحی آزاد، و فعالیت‌های تعاملی گروهی بود که همگی با تأکید بر مولفه‌های توجه و حضور آگاهانه در لحظه اجرا می‌شدند. هدف از این رویکرد، ایجاد یک تجربه درمانی یکپارچه بود که نه تنها به کاهش ترس از زایمان کمک کند، بلکه توانایی زنان در مدیریت هیجانات، افزایش خودآگاهی و بهبود کیفیت کلی زندگی دوران بارداری را نیز تقویت نماید. ارزیابی اثربخشی برنامه شامل تحلیل دقیق داده‌های جمع‌آوری شده در مراحل پیش، پس از مداخله و پیگیری چهار هفته‌ای بود تا اثرات کوتاه‌مدت و میان‌مدت مداخله با بالاترین دقت علمی مورد سنجش قرار گرفته و اعتبار نتایج تضمین گردد (۴۳, ۴۴).

جدول ۱. محتوای برنامه جلسات

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی با تکنیک ذهن آگاهی، کاوش رابطه ذهن و بدن و درک بارداری و وجود فرزند ۱. اجرای تکنیک تنفس شکمی به منظور افزایش تمرکز و آرامش ذهن ۲. معرفی اصول و کاربردهای ذهن‌آگاهی در تجربه بارداری ۳. تمرین گرم‌کننده با لکه‌ها و رنگ‌ها برای فعال‌سازی خلاقیت ۴. تمرین اصلی و گفتگو (تمرین اتصال با هستی) برای ارتقای خودآگاهی
جلسه دوم	شناخت و پذیرش احساسات خود با تمرکز بر احساسات نسبت به زایمان و فرزند ۱. اجرای تکنیک آرام‌سازی با موسیقی آرام‌بخش و روشن کردن شمع جهت کاهش تنش ۲. تمرین گرم‌کننده شامل ترسیم اشیاء پیرامون به منظور تقویت تمرکز حسی ۳. تمرین اصلی و بحث گروهی درباره شناسایی و ابراز احساسات ۴. ارائه تکلیف خانگی (تمرین کلاژ) برای تثبیت یادگیری
جلسه سوم	شناخت و درک احساسات نسبت به جنین ۱. بررسی و تحلیل تکلیف جلسه قبل ۲. اجرای تکنیک آرام‌سازی با موسیقی و شمع ۳. تمرین گرم‌کننده با خطخطی روی کاغذ برای آزادسازی هیجان ۴. تمرین اصلی و گفتگو (تمرین تصور جنین) ۵. ارائه تکلیف خانگی (تمرین تخم‌مرغ جادویی) برای تعمیق تجربه

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.112]

جلسه چهارم	شناخت و درک احساسات و تصورات درباره فرآیند زایمان ۱. مرور تکلیف جلسه قبل و بحث گروهی ۲. اجرای تکنیک آرام‌سازی با موسیقی و شمع ۳. تمرین گرم‌کننده شامل تمرکز ذهن ۴. تمرین اصلی و گفتگو (تمرین ساخت مجسمه درد) برای مواجهه و پردازش هیجانات
جلسه پنجم	شناخت و درک احساسات و تصورات در رابطه با والد شدن ۱. اجرای تکنیک آرام‌سازی با موسیقی و شمع ۲. تمرین گرم‌کننده با ترسیم یک احساس منفی ۳. تمرین اصلی و گفتگو (تصور و ترسیم اتاق زایمان) به منظور کاهش اضطراب
جلسه ششم	شناخت تصورات مرتبط با اعتماد به نفس و توانایی‌های فرد، شناخت موانع به قصد کمک به او در سفر به زایمان ۱. اجرای تکنیک آرام‌سازی با موسیقی و شمع ۲. تمرین گرم‌کننده شامل ترسیم آرزو ۳. تمرین اصلی و گفتگو (تمرین احساس بالندگی و دایره‌های حمایتی) برای افزایش خودکارآمدی
جلسه هفتم	شناخت تصورات در رابطه با اعتماد به نفس و توانایی‌های فرد، شناخت موانع به قصد کمک به او در سفر به زایمان ۱. اجرای تکنیک آرام‌سازی با موسیقی و شمع ۲. تمرین گرم‌کننده با کاغذ رنگی ۳. تمرین اصلی و گفتگو (تمرین مادر کامل، مادر به اندازه کافی خوب) برای تقویت تصویر ذهنی مثبت
جلسه هشتم	شناخت و درک احساسات و تصورات فرد از زندگی بعد زایمان ۱. اجرای تکنیک آرام‌سازی با موسیقی و شمع ۲. تمرین اصلی و گفتگو (تمرین احساس ارزشمندی و تمرین مواجهه با مشکلات) ۳. تمرین گروهی با موضوع آزاد به منظور تقویت حمایت اجتماعی و تبادل تجربه

زنان گروه کنترل تنها مراقبت‌های معمول دوران بارداری را دریافت نمودند. چهار هفته پس از اتمام مداخله و تکمیل پرسشنامه‌های پایانی، برای حفظ استانداردهای اخلاق پژوهش و اطمینان از بهره‌مندی همه شرکت‌کنندگان، یک جلسه فشرده هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای اعضای گروه کنترل برگزار شد. این جلسه شامل مرور مختصر تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و فعالیت‌های خلاق هنری بود و در خلال آن، به پرسش‌های شرکت‌کنندگان پیرامون ترس از زایمان پاسخ داده شد و راهکارهای عملی برای مدیریت اضطراب ارائه گردید . اجرای این جلسه ضمن رعایت اصول اخلاق پژوهش، تجربه‌ای آموزشی و حمایتی برای گروه کنترل فراهم کرد، بدون آن که طراحی تصادفی و قابلیت تحلیل اثرات مداخله تحت تأثیر قرار گیرد.

توصیف ویژگی‌های نمونه و متغیرهای مورد بررسی توسط شاخص‌های آماری شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار گزارش شد. بر این اساس، آزمون‌های پارامتری جهت تحلیل‌ها به‌کار گرفته شدند. برای مقایسه میانگین متغیرهای کمی بین دو گروه مستقل، از آزمون تی مستقل و برای تحلیل توزیع فراوانی متغیرهای کیفی، از آزمون کای دو و در صورت نیاز، آزمون دقیق فیشر استفاده شد. همچنین برای مقایسه تغییرات میانگین متغیرهای پاسخ در طول زمان، از آزمون تحلیل اندازه‌های تکراری بهره گرفته شد. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ به عنوان معیار تصمیم‌گیری لحاظ گردید.

یافته ها

توزیع نرمال داده‌ها پیش از انجام تحلیل‌های استنباطی با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک ارزیابی گردید که نتایج نشان‌دهنده پیروی داده‌ها از توزیع نرمال بود. تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که متغیرهای سن، سن بارداری، مدت زمان ازدواج، سطح تحصیلات، تحصیلات همسر، وضعیت شغلی و شغل همسر، نوع سکونت، وضعیت مسکن، میزان رضایت از وضعیت اقتصادی اجتماعی، رضایت از وضعیت اقتصادی فرد، وضعیت بارداری، سطح حمایت خانواده، منابع اطلاعاتی مرتبط با زایمان و شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان در میان زنان باردار، بین گروه‌های مداخله و کنترل به طور قابل ملاحظه‌ای همسان بودند.این نتایج حاکی ازتعادل ویژگی‌های پایه‌ای نمونه‌ها در هردوگروه است. خلاصه توزیع وویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جداول ۲، ۳ و ۴ ارائه شده است.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.112]

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (متغیرهای کیفی) زنان باردار در گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	مشخصات	مداخله (نخست‌زا)	کنترل	مداخله (مولتی پار)	سطح معنی‌داری با آزمون کای‌اسکوئر
		تعداد (درصد فراوانی)	تعداد (درصد فراوانی)	تعداد (درصد فراوانی)	
سطح تحصیلات	کاردانی و پایین تر	۲ (۶/۷)	۲ (۶/۷)	۲ (۶/۷)	۰/۹۹۹ آزمون فیشر
	کارشناسی	۲۰ (۶۶/۷)	۲۱ (۷۰)	۱۹ (۶۳/۳)	
	بالاتر از کارشناسی	۸ (۲۶/۶)	۷ (۲۳/۳)	۹ (۳۰)	
سطح تحصیلات همسر	ابتدایی	۱۴ (۴۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)	۰/۹۹۹ آزمون فیشر
	راهنمایی	۶ (۲۰)	۶ (۲۰)	۶ (۲۰)	
	دیپلم	۵ (۱۶/۷)	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	
	کارشناسی	۲ (۶/۶)	۳ (۱۰)	۲ (۶/۶)	
	کارشناسی ارشد	۳ (۱۰)	۳ (۱۰)	۳ (۱۰)	
موقعیت شغلی	خانه دار	۱۴ (۴۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)	۰/۹۹۹
	کارمند	۶ (۲۰)	۶ (۲۰)	۶ (۲۰)	
	آزاد	۵ (۱۶/۷)	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	
	شغل درآمدزا در منزل	۲ (۶/۶)	۳ (۱۰)	۲ (۶/۶)	
	دانشجو	۳ (۱۰)	۳ (۱۰)	۳ (۱۰)	
شغل همسر	کارمند	۹ (۳۰)	۱۰ (۳۳/۳)	۸ (۲۶/۶)	۰/۹۹۹
	آزاد	۱۹ (۶۳/۳)	۱۸ (۶۰)	۲۰ (۶۶/۷)	
	سایر	۲ (۶/۷)	۲ (۶/۷)	۲ (۶/۷)	
نوع سکونت	شهر	۲۹ (۹۶/۷)	۲۸ (۹۳/۳)	۲۷(۹۰)	۰/۹۹۹ آزمون فیشر
	روستا	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۷)	۳(۱۰)	
وضعیت مسکن	مستاجر	۹ (۳۰)	۱۱ (۳۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)	۰/۵۸۴
	مالک	۲۱ (۷۰)	۱۹ (۶۳/۳)	۱۹ (۶۳/۳)	
رضایت از وضعیت اقتصادی اجتماعی	تا حدودی	۱۸ (۶۰)	۱۹ (۶۳/۳)	۱۶(۵۳/۳۳)	۰/۹۹۹
	کاملا	۱۲ (۴۰)	۱۱ (۳۶/۷)	۱۴(۴۶/۶۶)	
رضایت از وضعیت اقتصادی خود	اصلا	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	۴ (۱۳/۳)	۰/۹۹۹
	تا حدودی	۱۴ (۴۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)	
	کاملا	۱۲ (۴۰)	۱۱ (۳۶/۷)	۱۲ (۴۰)	

تحلیل متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد که گروه‌های مداخله و کنترل از نظر سطح تحصیلات، تحصیلات همسر، وضعیت شغلی، نوع سکونت، وضعیت مسکن و رضایت اقتصادی فردی و اجتماعی همسان بودند.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (متغیرهای کمی) زنان باردار در گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	مداخله (نخست‌زا)	کنترل	مداخله (مولتی پار)	سطح معنی داری با آزمون تی مستقل
	$Mean \pm S.D$	$Mean \pm S.D$	$Mean \pm S.D$	
سن(سال)	۲۸/۶۷±۴/۳۵	۲۸/۶۳±۴/۰۵	۲۷/۵۳±۴/۳۴	۰/۹۷۶
سن بارداری(هفته)	۲۷/۳۳±۱/۳۷	۲۷/۲۷±۱/۴۶	۲۸/۲۲ ±۱/۲۳	۰/۸۵۶
مدت زمان ازدواج (سال)	۴/۱۵±۱/۸۰	۴/۲۰±۱/۷۵	۴/۲۳±۱/۸۲	۰/۹۱۳

تحلیل داده‌های کمی نشان داد که میانگین سن، سن بارداری و مدت زمان ازدواج در گروه‌های مداخله و کنترل مشابه و همسان بودند.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.112]

جدول ٤. ویژگی‌های روانشناختی مامایی در زنان باردار در گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	مشخصات	مداخله (نخست‌زا)	کنترل	مداخله (مولتی پار)	سطح معنی‌داری با آزمون کای‌اسکوئر* / دقیق فیشر**
		تعداد (درصد فراوانی)	تعداد (درصد فراوانی)		
وضعیت بارداری	خواسته	۲۴ (۸۰)	۲۶ (۸۶/۷)	۲۸ (۹۳/۳)	۰/۴۸۸
	ناخواسته	۶ (۲۰)	۴ (۱۳/۳)	۲ (۶/۷)	
حمایت خانواده	بله	۲۸ (۹۳/۳)	۲۸ (۹۳/۳)	۲۶ (۸۶/۷)	۰/۹۹۹
	خیر	۲ (۶/۷)	۲ (۶/۷)	۴ (۱۳/۳)	
منبع اطلاعات در مورد زایمان	دوستان	۶ (۲۰)	۶ (۲۰)	۶ (۲۰)	۰/۹۹۹
	رسانه	۱۲ (۴۰)	۱۲ (۴۰)	۱۲ (۴۰)	
	ماما/پزشک	۱۲ (۴۰)	۱۲ (۴۰)	۱۲ (۴۰)	
شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان	بله	۲۶ (۸۶/۷)	۲۶ (۸۶/۷)	۲۸ (۹۳/۳)	۰/۹۹۹
	خیر	۴ (۱۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	۲ (۶/۷)	

تحلیل ویژگی‌های روانشناختی و مرتبط با مراقبت‌های مامایی نشان داد که گروه‌های مداخله و کنترل از نظر وضعیت بارداری، دریافت حمایت خانواده، منابع اطلاعاتی مرتبط با زایمان و حضور در کلاس‌های آمادگی زایمان همسان بودند.

جدول ۵. مقایسه میانگین نمره ترس از زایمان در گروه های مداخله و کنترل در طی سه زمان

گروه	انحراف معیار ± میانگین			سطح معنی‌داری آزمون*	آنالیز واریانس اندازه های تکراری		
ترس از زایمان	مداخله (نخست‌زا)	کنترل	مداخله (مولتی پار)	سطح معنی داری	اثر زمان	اثر مداخله	اثر متقابل زمان مداخله
				سطح معنی داری	سطح معنی داری (اندازه اثر Partial Eta Squared)		
قبل از مداخله	۷۷/۷۷ ± ۱۱/۷۶	۷۶/۷۷ ± ۱۱/۴۲		۰/۷۳۹			
				۰/۷۳۹			
بلافاصله بعد از مداخله	۳۴/۱۷ ± ۸/۴۷	۷۳/۷۳ ± ۱۰/۱۷		۰/۰۰۱	۰/۰۰۱ (۰/۷۷۷)	۰/۰۰۱ (۰/۷۵۲)	۰/۰۰۱ (۰/۷۳۹)
				۰/۰۰۱			
۴ هفته بعد از مداخله	۳۵/۴۳ ± ۸/۱۱	۷۶/۰۱ ± ۱۰/۶۱		۰/۰۰۱			
				۰/۰۰۱			

*آزمون تی مستقل

به منظور مقایسه اثر مداخله بر ترس از زایمان، از آزمون تی مستقل برای بررسی تفاوت میانگین نمرات بین گروه‌ها در سه زمان پیش از مداخله، بلافاصله پس از مداخله و چهار هفته پس از آن استفاده شد.

جدول ٦. توزیع فراوانی شدت درد زایمان در زنان گروه های مداخله و کنترل

متغیر مورد بررسی		مداخله (نخست‌زا)		کنترل		مداخله (مولتی پار)		سطح معنی داری با آزمون کای دو
		تعداد	درصد فراوانی	تعداد	درصد فراوانی	تعداد	درصد فراوانی	
شدت درد	قبل	۱۸	۶۰	۲۰	۶۶/۷	۲۰	۶۶/۷	۰/۵۹۲
		۱۲	۴۰	۱۰	۳۳/۳	۱۰	۳۳/۳	
	بلافاصله بعد از مداخله	۱۹	۶۵/۵	۰	۰	۱۹	۶۵/۵	۰/۰۰۱
		۱۰	۳۴/۵	۰	۰	۱۸	۶۴/۳	
		۰	۰	۲۳	۷۶/۷	۱۰	۳۵/۷	
		۰	۰	۷	۲۳/۳	۰	۰	

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.112]

۴ هفته بعد از مداخله	خفیف	۱۸	۶۴/۳	۰	۰	۱۸	۶۴/۳
	متوسط	۱۰	۳۵/۷	۰	۰	۱۰	۳۵/۷
	شدید	۰	۰	۲۲	۷۳/۳	۰	۰
	بالینی	۰	۰	۸	۲۶/۷	۰	۰
/۰۰۱ آزمون فیشر۰							

تحلیل آماری نشان داد که دو گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند و این کاهش شدت درد در طول زمان پایدار بود.

جدول ۷. میانگین و انحراف معیار نمره رضایتمندی شرکت کنندگان از مداخله

متغیر مورد بررسی	گروه مداخله (نخست زا) انحراف معیار± میانگین	گروه مداخله (چندزا) انحراف معیار± میانگین
رضایتمندی از مداخله	۹/۱۳±۰/۶۱	۹/۱۳±۰/۶۱

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره رضایتمندی از مداخله در زنان باردار در هر دو گروه‌های مداخله، در سطح مطلوب و مثبت ارزیابی شد.

یافته ها

تحلیل داده‌ها نشان داد که سه گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، اجتماعی و بالینی همگن بوده و تفاوت معناداری مشاهده نشد د ($P<۰/۰۵$). بررسی نمرات ترس از زایمان پیش از مداخله نیز تفاوت آماری قابل توجهی بین گروه‌ها نشان نداد، اما پس از اجرای مداخله، کاهش معنادار ترس از زایمان در زنان نخست‌زا و چندزا مشاهده شد. به‌طور مشخص، مقایسه میانگین نمرات ترس از زایمان بلافاصله پس از مداخله نشان داد که گروه‌های مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش قابل توجهی داشته‌اند ($P=۰/۰۰۱$) ، و این اثر در پیگیری چهار هفته پس از مداخله نیز تداوم داشت ($P=۰/۰۰۱$). علاوه بر این، ارزیابی میزان رضایت شرکت‌کنندگان از تجربه مداخله حاکی از آن بود که میانگین و انحراف معیار نمرات رضایتمندی در گروه مداخله در سطح مطلوب و قابل قبول قرار گرفته است، که بیانگر پذیرش و اثر بخشی مثبت برنامه هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تجربه روانی زنان باردار بود.

بر اساس شواهد موجود، هنردرمانی به‌عنوان یک رویکرد نویدبخش در مدیریت اختلالات روان‌شناختی پیش از زایمان و دوره پس از آن مطرح است (۴۸-۵۰). تجربیات عاطفی آسیب‌زا و خاطرات تروما اغلب برای بیان کلامی یا نوشتاری دشوار هستند؛ هنردرمانی فضایی ایجاد می‌کند که افراد بتوانند این احساسات را به شیوه‌ای غیرکلامی و عمیق‌تر بازنمایی کنند. تولید تصاویر بصری در این فرآیند موجب فعال‌سازی مناطقی از مغز می‌شود که مسئول پردازش و ذخیره خاطرات بصری هستند و بدین ترتیب امکان پردازش مؤثرتر تجربیات روانی فراهم می‌آید (۳۶). علاوه بر این، رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی، طبق نظر کاباتزین، به‌عنوان یکی از روش‌های مؤثر روان‌درمانی برای کاهش افسردگی، اضطراب، ترس و استرس مطرح شده‌اند و می‌توانند در ترکیب با هنردرمانی به ارتقای سلامت روان زنان باردار کمک کنند (۳۷).

هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به‌عنوان یک مداخله نوین روان‌درمانی، در سال‌های اخیر در جمعیت‌های متنوعی از بیماران با مشکلات جسمی و روانی به‌کار گرفته شده است (۳۸). این رویکرد، تمرین‌های ذهن‌آگاهی را با فعالیت‌های هنری در قالب یک برنامه گروهی حمایتی ادغام می‌کند و فضایی فراهم می‌آورد تا افراد بتوانند هیجانات خود را به‌صورت کلامی و غیرکلامی بیان کنند، حمایت اجتماعی را تجربه نمایند و مهارت‌های مقابله‌ای خود را تقویت کنند (۳۹). ترکیب هنردرمانی با تمرین‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی امکان پردازش همزمان جنبه‌های شناختی، هیجانی و جسمانی تجربه روانی را فراهم می‌سازد (۴۰). انجام منظم تمرین‌های ذهن‌آگاهی موجب افزایش توجه لحظه‌به‌لحظه فرد به احساسات، واکنش‌های بدنی و افکار هیجانی می‌شود و مهارت پذیرش غیرقضاوتی و ابراز آرام آن‌ها را ارتقا می‌دهد. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی قادرند به‌طور معناداری سطوح اضطراب، افسردگی و استرس ادراک‌شده در زنان باردار را کاهش دهند (۴۱, ۴۲).

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.112]

بحث

هدف این مطالعه تعیین اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ترس از زایمان و ارتقاء کیفیت زندگی زنان باردار نخست‌زا و چندزا بود. ترس از زایمان به عنوان یک پدیده چندعاملی شناخته می‌شود که تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و بیولوژیکی قرار دارد و می‌تواند پیامدهای قابل توجهی برای سلامت مادر و جنین به همراه داشته باشد (۳-۱). این ترس می‌تواند منجر به افزایش اضطراب و استرس در حین بارداری شود و در نهایت بر روی نتایج زایمان و کیفیت زندگی زنان تأثیر منفی بگذارد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که پیش از اجرای مداخله هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، هیچ تفاوت معناداری در میانگین نمرات ترس از زایمان بین گروه‌های نخست‌زا و چندزا وجود نداشت که این امر همسانی پایه‌ای گروه‌ها را تأیید می‌کند؛ اما پس از اجرای مداخله، میانگین نمرات ترس از زایمان بلافاصله پس از اتمام دوره و تا چهار هفته پس از آن، به طور معناداری در هر دو گروه مداخله کاهش یافت ($P<۰.۰۰۱$) و این کاهش در گروه‌های مداخله نسبت به گروه کنترل (که مراقبت‌های روتین دریافت می‌کرد) نیز تفاوت آماری قابل توجهی نشان داد، که همگی بر اثربخشی بالای این رویکرد درمانی در کاهش ترس از زایمان و ارتقاء تجربه روانی زنان باردار تأکید دارند.

علاوه بر این، بررسی نمرات رضایتمندی شرکت‌کنندگان نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمرات رضایتمندی در گروه‌های مداخله در سطح مطلوب قرار داشت، که پذیرش بالای روش و تجربه مثبت زنان از فرآیند مداخله را تأیید می‌کند (۴, ۵). این یافته‌ها می‌تواند به عنوان شواهدی برای کاربرد عملی هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش اضطراب زایمان و بهبود کیفیت زندگی مادران مورد توجه قرار گیرد.

نتایج حاصل از این پژوهش، اثربخشی جامع مداخله هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در کاهش ترس از زایمان (توکوفوبیا) و ارتقاء سلامت روان زنان باردار به وضوح به اثبات رسانده است. بررسی‌های آماری پیش از مداخله، همسانی پایه‌ای گروه‌ها را از نظر ترس از زایمان تأیید کرد، در حالی که نتایج پس از مداخله، کاهش معنادار و پایدار این ترس را بلافاصله پس از اتمام دوره و تا چهار هفته بعد نشان داد ($P<۰.۰۰۱$). علاوه بر این، مقایسه‌های بین‌گروهی حاکی از برتری آماری قابل توجه گروه‌های مداخله نسبت به گروه کنترل در کاهش توکوفوبیا بود.

در کنار این یافته‌های اثربخشی، بررسی نمرات رضایتمندی شرکت‌کنندگان، ابعاد مهم دیگری را روشن ساخت؛ میانگین و انحراف معیار نمرات رضایتمندی در گروه‌های مداخله در سطوح بسیار مطلوب (۴, ۵) گزارش شد که نشان‌دهنده پذیرش بالای این رویکرد درمانی و تجربه مثبت و سازنده زنان از فرآیند مداخله است. این همسویی بین کاهش نشانگرهای بالینی (ترس از زایمان) و افزایش رضایتمندی، شواهدی قوی برای کاربرد عملی و موفقیت‌آمیز هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در محیط بالینی، به منظور کاهش اضطراب زایمان و بهبود چشمگیر کیفیت زندگی مادران، فراهم می‌آورد. این نتایج، ضمن تأکید بر مبانی نظری و شواهد تجربی، راه را برای پذیرش گسترده‌تر و ادغام این مداخله در پروتکل‌های مراقبت‌های بهداشت باروری هموار می‌سازد.

در مقابل، مطالعه بالینی والبک و همکاران در سوئد، که هدف آن بررسی اثر مکمل هنردرمانی در کنار مشاوره مامامحور بر ترس از زایمان بود، با نتایج حاضر تطابق نداشت. نتایج آنان نشان داد که مشاوره مامامحور به تنهایی یا در ترکیب با هنردرمانی به طور قابل توجهی ترس از زایمان را کاهش می‌دهد و اضافه کردن هنردرمانی اثر افزایشی معناداری ایجاد نکرد. این تفاوت می‌تواند به دلیل حضور مامای مشاور در جلسات هنردرمانی و مشاوره هر دو گروه و ایجاد همپوشانی در فرآیند درمانی باشد، که منجر به کاهش تمایز اثر هنردرمانی شده است (۴۰).

ترس از زایمان یکی از دغدغه‌های قابل توجه در دوران بارداری است و می‌تواند بر سلامت روان و تجربه بارداری زنان تأثیر بگذارد (۳۳). مطالعه حاضر نشان می‌دهد که هنردرمانی با رویکرد ذهن‌آگاهی، ابزاری مؤثر در کاهش این ترس محسوب می‌شود (۲). یافته‌ها حاکی از آن است که این مداخله، گرچه در کاهش ترس از زایمان، به‌ویژه زایمان طبیعی، سودمند است، اما شدت اثر آن به اندازه مشاوره تخصصی ماما محور نبوده است (۵). عوامل متعددی در بروز توکوفوبیا دخیل هستند که شامل جنبه‌های روان‌شناختی، اجتماعی و زیستی می‌شود (۳۴). هنردرمانی، با فراهم آوردن فضایی امن برای بیان احساسات عمیق و پردازش هیجانی، به زنان باردار کمک می‌کند تا اعتماد به نفس خود را افزایش داده و تجربه‌ای مثبت‌تر از زایمان را شکل دهند (۳۳). این رویکرد، با تمرکز بر ذهن‌آگاهی،

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.112]

می‌تواند به زنان در مدیریت بهتر اضطراب و افزایش حس کنترل بر روند زایمان یاری رساند.

تغییرات هورمونی دوران بارداری و پذیرش مسئولیت جدید ممکن است سطح استرس، اضطراب و افسردگی والدین به‌ویژه زنان باردار را افزایش دهد (۳۲). ادامه یا تشدید این اختلالات روانی می‌تواند پیامدهای منفی مانند عوارض زایمانی یا بروز اختلالات روانپزشکی را به همراه داشته باشد (۱۳). از این رو، توجه به مدیریت این چالش‌ها اهمیت بالایی دارد. شواهد موجود نشان می‌دهد که هنر درمانی روشی کارآمد برای مدیریت و بهبود مشکلات روانی مرتبط با بارداری است و می‌تواند به کاهش ترس، افزایش آرامش و ارتقای کیفیت تجربه زایمان منجر شود (۱۴).

مطالعات نشان می‌دهند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نقشی کلیدی در کاهش ترس از زایمان و ارتقای سلامت روان مادران ایفا می‌کنند. در همین راستا، پژوهشی که توسط بایرن و همکاران در استرالیا صورت گرفت، اثربخشی آموزش زایمان با رویکرد ذهن‌آگاهی را در کاهش معنادار ترس از زایمان، اضطراب و استرس، و افزایش خودکارآمدی مادران تأیید کرد (۵۱، ۵۲). این یافته‌ها، همسویی عمیقی با نتایج مطالعه حاضر داشته و بر اهمیت ادغام ذهن‌آگاهی در مراقبت‌های دوران بارداری جهت مدیریت هیجانات و بهبود تجربه زایمان تأکید می‌ورزند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور معناداری موجب کاهش ترس از زایمان و ارتقای کیفیت زندگی زنان باردار نخست‌زا و چندزا می‌شود. رضایت بالای شرکت‌کنندگان از جلسات نشان‌دهنده مقبولیت و کارآمدی این مداخله در پاسخگویی به نیازهای روانی و عاطفی مادران است. از نقاط قوت این پژوهش می‌توان به طراحی نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه‌های موازی، استفاده از ابزارهای معتبر و پایا برای سنجش متغیرها، و اجرای مداخله با ساختار منسجم اشاره کرد.

هرچند مطالعه حاضر بینش‌های مهمی را ارائه می‌دهد، اما در مسیر خود با موانعی چندگانه روبرو بوده که تبیین نتایج آن را مستلزم درک عمیق‌تر این چالش‌ها می‌سازد. از جمله این محدودیت‌ها، می‌توان به حجم نمونه نسبتاً محدود، تمرکز جغرافیایی صرف در بندرعباس (با پتانسیل تأثیرات فرهنگی/اجتماعی منطقه‌ای)، و دوره پیگیری کوتاه‌مدت اشاره کرد. همچنین، ماهیت اتکا به ابزارهای خودگزارش‌دهی، احتمال سوگیری در داده‌ها را مطرح می‌سازد. این چالش‌ها، نقشه راه روشنی را برای پژوهش‌های آتی ترسیم می‌کنند تا با رفع آن‌ها، به درک کامل‌تری از تأثیرات مداخلات بر کیفیت زندگی زنان باردار میتوان دست یافت.

با توجه به این محدودیت‌ها، انجام پژوهش‌های آینده با حجم نمونه بزرگ‌تر و در جوامع متنوع‌تر از نظر فرهنگی و اجتماعی پیشنهاد می‌شود تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. همچنین، در نظر گرفتن دوره‌های پیگیری بلندمدت می‌تواند به شناسایی پایداری اثرات مداخله کمک کند. مطالعات مقایسه‌ای با سایر رویکردهای روان‌شناختی مانند درمان شناختی رفتاری و روش‌های آرام‌سازی نیز می‌تواند به روشن‌تر شدن جایگاه هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مراقبت‌های قبل زایمان پریناتال کمک نماید. علاوه بر این، بررسی تأثیر این مداخله بر سایر پیامدهای روان‌شناختی همچون افسردگی پس از زایمان، استرس بارداری و کیفیت رابطه مادر نوزاد می‌تواند افق‌های جدیدی در پژوهش‌های آتی بگشاید. در نهایت، توصیه می‌شود که ادغام هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در برنامه‌های مراقبت‌های دوران بارداری به عنوان بخشی از خدمات جامع سلامت مادران مورد توجه سیاست‌گذاران، متخصصان زنان و زایمان و کارشناسان سلامت روان قرار گیرد.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله خود را ملزم میدانند ازکلیه زنان باردار شرکت کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی نمایند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.HUMS.REC.1403.156 کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام میدارند که تعارض منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.112]

References

1. Andaroon N, Kordi M, Ghasemi M, Mazlom R. The validity and reliability of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire (Version a) in primiparous women in Mashhad, Iran. Iranian Journal of Medical Sciences. 2020;45(2):110. [PERSIAN]
2. Yoosefi Lebni J, Khalajabadi Farahani F, Solhi M, Ebadi Fard Azar F. Causes and Grounds of Childbirth Fear and Coping Strategies Used by Kurdish Adolescent Pregnant Women in Iran: A Qualitative Study. J Reprod Infertil. 2021;22(1):47-56 [PERSIAN]
3. Gürsoy B ,Palas Karaca P. The relationship between fear of birth and prenatal attachment and childbirth self-efficacy perception in Primigravida women. BMC Pregnancy Childbirth. 2025;25:462.
4. Sarella A, Stavros S, Kirkou G, Iliadou M, Kokkosi E, Bothou A, et al .Tocophobia: Risk Factors, Consequences and Management - A Systematic Review of the Literature. Maedica (Bucur). 2024;19(2):393-9.
5. Wahlbeck H, Kvist LJ, Landgren K. Art therapy and counseling for fear of childbirth: A randomized controlled trial. Art Therapy. 2020;37(3):123-30.
6. Van der Meulen RT, Veringa-Skiba IK, Van Steensel FJA, Bögels SM, De Bruin EI. Mindfulness-based childbirth and parenting for pregnant women with high fear of childbirth and their partners: outcomes of a randomized controlled trial assessing short- and longer-term effects on psychological well-being, birth and pregnancy experience. Midwifery. 2023;116:103545.
7. Neucom ZA, Prandl KJ. Exploring Western Australian Women's experiences of sharing positive birth stories. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22:978.
8. Yuksel A, Bayrakci H. Self-efficacy, psychological well-being and perceived social support levels in pregnant women. International Journal of Caring Sciences. 2019;12(2):1-10.
9. Rizzi S, Pavesi MC, Moser A, Paolazzi F, Marchesoni M, Poggianella S, et al. A Mindfulness-Based App Intervention for Pregnant Women: Qualitative Evaluation of a Prototype Using Multiple Case Studies. JMIR Form Res. 2025;9:e58265.
10. Park S, Kim H. Development and Effect of Prenatal Education Programs Using Virtual Reality for Pregnant Women Hospitalized With Preterm Labor: Experimental Study. J Med Internet Res. 2025;27:e75585.
11. Kanellopoulos D, Gourounti K. A Systematic Review of Tocophobia Rate Before and During the COVID-19 Pandemic. Maedica (Bucur). 2023;18(3):455-62.
12. Dursun E, Kızılırmak A, Mucuk S. The relationship between personality characteristics and fear of childbirth: A descriptive study. Arch Psychiatr Nurs. 2021;35(3):296-302.
13. Mohammadi F. Frequency and severity fear of childbirth and some related personal, family and social factors in primiparous women referring to Amol comprehensive health services centers in 2018. Mazandaran University of Medical Sciences. 2020:10.1186/s12884-025-07278-9. [PERSIAN]
14. Shabakhti L, Rohani C, Matbouei M, Jafari N. Tokophobia; pathological fear of childbirth: A systematic review. Hayat Journal. 2020;26(1):84-104. [PERSIAN]
15. Asselmann E, Garthus-Niegel S, Martini J. Personality impacts fear of childbirth and subjective birth experiences: A prospective-longitudinal study. PLoS One. 2021;16(11):e0258696.
16. Kananikandeh S, Amin Shokravi F, Mirghafourvand M. Factors of the childbirth fear among nulliparous women in Iran. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22:547. [PERSIAN]
17. Lund IO, Hannigan LJ, Ask H. Prenatal maternal stress: triangulating evidence for intrauterine exposure effects on birth and early childhood outcomes across multiple approaches. BMC Med. 2025;23:18.
18. Fairbrother N, Collardeau F, Albert A, Stoll K. Screening for perinatal anxiety using the Childbirth Fear Questionnaire: a New measure of fear of Childbirth. Int J Environ Res Public Health. 2022;19.
19. Bhardwaj M, Sinwal A, Sharma VS, Baby S, Singh S. Tokophobia: a fear of childbirth and pregnancy - an overview. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2024;13(4):1091-7.
20. Ramalingappa P, Gowda RS, Srinivasamurthy SH. A study of factors associated with tokophobia and its effect on pregnancy. Int J

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.112]

Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2022;11(3.(
21. Wilczyńska D, Walczak-Kozłowska T, Santos-Rocha R, Laskowski R, Szumilewicz A. Stress is not so bad-cortisol level and psychological functioning after 8-week HIIT program during pregnancy: a randomized controlled trial. Front Public Health. 2024;11:1307998.
22. Çankaya S ,Şimşek B. Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study. Clinical Nursing Research. 2021;30(6):818-29.
23. Ahmed U, Yousuf F, Wadani ZH, Raza A. Empowering Expecting Mothers: The Impact of Antenatal Classes on Child Birth Experience. Cureus. 2024;16(8):e68299. [PERSIAN]
24. Alizadeh-Dibazari Z, Abdolalipour S, Mirghafourvand M. The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: a scoping review using systematic approach and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23:541. [PERSIAN]
25. Dinç S, Erdoğan E, Doğan RA. The effect of mindfulness-based childbirth education intervention on fear of childbirth: systematic review and meta-analysis. Rev Assoc Med Bras (1992). 2024;70(7):e20240167.
26. Kamalimanesh B, Moradi M, Fathi M, Afiat M, Boroumand Rezazadeh M, Shakeri M. The effect of self-hypnosis on the experience of fear of delivery and duration of labor in primiparity women: randomized clinical trial. J Birjand Univ Med Sci. 2021;28(1):11-23.
27. Alivand Z, Nourizadeh R, Hakimi S, Esmaeilpour K, Mehrabi E. The effect of cognitive-behavioral therapy and haptonomy on fear of childbirth in primigravida women: a randomized clinical trial. BMC Psychiatry. 2023;23(1):929. [PERSIAN].
28. Abdollahi S, Faramarzi M, Delavar MA, Bakouei F, Chehrazi M, Gholinia H. Effect of psychotherapy on reduction of fear of childbirth and pregnancy stress: a randomized controlled trial. Frontiers in Psychology. 2020;11:787. . [PERSIAN].
29. Roosevelt LK, Low LK. Understanding fear of childbirth among underrepresented populations in the United States. J Health Psychol. 2021;26(14.21–2811:(
30. Firouzan L, Kharaghani R, Zenoozian S, Moloodi R, Jafari E. The effect of midwifery led counseling based on Gamble's approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women. BMC Pregnancy and Childbirth. 2020;20(1):1-7] .PERSIAN.[
31. Shaliha F, Jafarzadeh-Kenarsari F, Bostani-Khalesi Z, Maroufizadeh S, Alimoradi Z. Effects of educational intervention based on childbirth scenarios on fear of childbirth in primiparous women. J Edu Health Promot. 2024;13:291. [PERSIAN].
32. Amiri P, Mirghafourvand M, Esmaeilpour K, Kamalifard M, Ivanbagha R. The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: a randomized controlled clinical trial. BMC Pregnancy and Childbirth. 2019;19(1):1-9. [PERSIAN].
33. Klabbers GA ,Wijma K, Paarlberg KM, Emons WHM, Vingerhoets AJJM. Haptotherapy as a new intervention for treating fear of childbirth: a randomized controlled trial. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2019;40(1):38-47.
34. Hosseini VM, Nazarzadeh M, Jahanfar S. Interventions for reducing fear of childbirth: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. Women Birth. 2018;31(4):254–62. [PERSIAN].
35. Tata N, Esmaeilpour K, 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;10(2):3198-209.
36. Shalani B, Karami J, Momeni KH. The effectiveness of art Therapy with drawing approach on impulsiveness of children infected by adhd. Middle eastern journal of disability studies. 2017;7(13. [PERSIAN]).
37. Sánchez-García JC, Cortés-Martín J, Rodríguez-Blanque R. Preparation for childbirth: coping with the fear of childbirth. Healthcare. 2023;11(4):480.
38. Karcı A, Özel Y. The Therapeutic Power of Creativity: The Role of Art Therapy in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. Journal of Health, Medicine and Nursing. 2024;10(6):11–22.
39. Sezen C, Ünsalver BÖ. Group art therapy for the management of fear of childbirth .The Arts in

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.112]

Psychotherapy. 2019;64:9-19.
40. Hu J, Zhang J, Hu L, Yu H, Xu J. Art Therapy: A Complementary Treatment for Mental Disorders. Front Psychol. 2021;12:686005.
41. Malhotra B, Jones LC, Spooner H, Levy C, Kaimal G, Williamson JB. A conceptual framework for a neurophysiological basis of art therapy for PTSD. Front Hum Neurosci. 2024;18:1351757.
42. Boyd JE, Lanius RA, McKinnon MC. Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. Journal of Psychiatry and Neuroscience. 2018;43(1):7-25.
43. Amani M. The moderating role of mindfulness in relationship between artistic activities and women's quality of life. Payesh (Health Monitor). 2020;19(4):455-64. [PERSIAN].
44. Abbing A, de Sonneville L, Baars E, Bourne D, Swaab H. Anxiety reduction through art therapy in women. Exploring stress regulation and executive functioning as underlying neurocognitive mechanisms. PLoS One. 2019;14(12):e0225200.
45. Garthus-Niegel S, Størksen HT, Torgersen L, Von Soest T, Eberhard-Gran M. The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire: a factor analytic study. Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology. 2011;32(3):160-3.
46. Abedi P, Hazeghi N, Afshari P, Fakhri A. The Validity and Reliability of Persian Version of Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (Version A) among Iranian Nulliparous Women. Global Journal of Health Science. 2016;9(2):269. [PERSIAN].
47. Beydokhti TB, Dehnoalian A, Moshki M, Akbary A. Effect of educational- counseling program based on precede-proceed model during pregnancy on postpartum depression. Nurs Open. 2021;8(4):1578–86.
48. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Velikonja VG. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. Journal of perinatal medicine. 2018;46(2):151-4.
49. Nazeri A, Ghamarani A, Darouei P, Ghasemi Tabatabaei G. The Effect of Expressive Arts Therapy on Emotion Regulation of Primary School Students. J Child Ment Health. 2020;7(2):132-43.[PERSIAN].
50. Bosgraaf L, Spreen M, Pattiselanno K, van Hooren S. Art Therapy for Psychosocial Problems in Children and Adolescents: A Systematic Narrative Review on Art Therapeutic Means and Forms of Expression, Therapist Behavior, and Supposed Mechanisms of Change. Front Psychol. 2020;11:584685.
51. Uludag E, Sercekus P, Vardar O, Ozkan S, Alatas SE. Effects of online antenatal education on worries about labour, fear of childbirth, preparedness for labour and fear of covid-19 during the covid-19 pandemic: a single-blind randomised controlled study. Midwifery. 2022;115:103484.
52. Hassanzadeh R, Abbas-Alizadeh F, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M. Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. BMC Womens Health. 2020;20(1):1–8. [PERSIAN].

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.22034/ijm.12.2.112]