

بررسی تأثیر کلاس‌های آمادگی برای زایمان طبیعی بر خودکارآمدی در سازگاری با زایمان مادران باردار مراجعه‌کننده به پلی‌کلینیک حضرت فاطمه (س) تأمین اجتماعی و مراکز بهداشتی درمانی در شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۴

پریناز علیپور^۱، سعیده علیزاده^۲، فاطمه مقدم تبریزی^{۳*}، حجت صیادی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۷/۰۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۹/۰۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: افزایش دانش و آگاهی مادران باردار در مورد لیبر، زایمان و استراتژی‌های سازگاری با درد زایمان حائز اهمیت بوده و به‌طور مؤثر منجر به افزایش اطمینان، اعتمادبه‌نفس و خودکارآمدی زنان در طی لیبر و زایمان می‌شود. فلذا این مطالعه باهدف تعیین تأثیر کلاس‌های آمادگی برای زایمان بر خودکارآمدی زایمان زنان باردار در سازگاری با زایمان طبیعی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که بر روی ۱۵۰ زن باردار نخست‌زا در دو گروه کنترل و مداخله که به‌طور تصادفی ساده انتخاب شدند انجام گردید. جهت آموزش گروه مداخله کلاس‌های آمادگی برای زایمان برگزار شد. درحالی‌که در گروه کنترل فقط مراقبت‌های روتین به عمل آمد. ابزار مورداستفاده در این پژوهش پرسش‌نامه جمعیت شناختی و پرسشنامه خودکارآمدی زایمان بود. داده‌ها قبل از مداخله در هفته ۲۳-۲۰ حاملگی و مجدداً در هفته ۳۷ حاملگی و یک بار نیز در ۷۲-۲۴ ساعت بعد از زایمان از هر دو گروه پس‌آزمون گردآوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار آماری SPSS20 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که اختلاف آماری معنی‌داری در گروه مداخله بلافاصله بعد از مداخله و بعد از زایمان ($P=0/000$) وجود داشته است. درحالی‌که این تفاوت در گروه کنترل معنی‌دار نبوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه، مؤثر و کارآمد بودن برنامه آموزشی کلاس‌های آمادگی برای زایمان را در افزایش خودکارآمدی زنان باردار در سازگاری با لیبر تأیید می‌کند. از این رو، استفاده از آن به‌عنوان یک روش آموزشی مؤثر جهت آمادگی برای زایمان پیشنهاد می‌شود.
واژه‌های کلیدی: سزارین، زایمان طبیعی، کلاس‌های آمادگی برای زایمان، خودکارآمدی مادران باردار، سازگاری

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره دهم، پی‌درپی ۸۷، دی ۱۳۹۵، ص ۸۶۶-۸۵۹

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو ساختمان دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: fntabrizi@gmail.com

مقدمه

استاندارد بهداشت جهانی است و ۷۵ درصد سزارین‌های انجام شده در ایران بدون اندیکاسیون طبی و به‌طور انتخابی بوده است (۴). زایمان فرآیندی چندبعدی و دارای ابعاد جسمی، هیجانی، اجتماعی، فیزیولوژیکی، فرهنگی و روانی می‌باشد ولی درعین حال همراه با ترس، نگرانی و حتی وحشت از مرگ بوده و به‌عنوان یک تجربه بحرانی در دوره زندگی تلقی می‌شود (۵). فقدان اعتمادبه‌نفس در زایمان طبیعی، ترس از درد لیبر و عدم سازگاری با آن مهم‌ترین

حاملگی یک پدیده فیزیولوژیک است و پایان آن یعنی زایمان، یکی از موهبت‌های الهی برای تولید نسل بشر بر روی زمین می‌باشد. مکانیسم انجام زایمان یک فرآیند خودبه‌خودی و بدون نیاز به مداخله می‌باشد (۱). علی‌رغم پیشنهاد سازمان جهانی بهداشت برای رسیدن به نرخ ۱۵ درصد سزارین تا سال ۲۰۱۰، میزان آن رشد فزاینده داشته است (۲، ۳). زایمان سزارین در ایران، ۳-۴ برابر

^۱ کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ استادیار بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۴ استادیار آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

دلیل برای سزارین برنامه‌ریزی شده است. بین ترس از زایمان، توانمندی، خودکارآمدی و انتخاب زایمان طبیعی ارتباط وجود دارد (۶).

از نظر رفتارشناسی، خودکارآمدی مهم‌ترین پیش‌نیاز برای پیش‌بینی انجام رفتار در شرایط استرس‌زا می‌باشد (۷). درک خودکارآمدی قبل از یک رویداد پیش‌بینی می‌کند که آیا افراد برای مقابله با موقعیت تلاش خواهند کرد و چه مدت این تلاش تداوم می‌یابد که با دو مفهوم انتظار از پیامد و انتظار خودکارآمدی قابل بررسی است. انتظار از پیامد به باور فرد مبنی بر اینکه یک رفتار معین به نتیجه خاص می‌انجامد، اشاره می‌نماید درحالی‌که انتظار خودکارآمدی به باور فرد در مورد توانایی خود در اجرای موفق یک رفتار در شرایط خاص و میزان کنترل او بر آن شرایط اشاره دارد (۸).

خودکارآمدی در مادر باردار ارزیابی وی از توانایی‌هایش برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا و اجرای رفتارهای ضروری در زمان استرس از جمله زمان لیبر می‌باشد (۹). مادرانی که خودکارآمدی بالایی دارند، سطح کم‌تری از ترس و درد را تحمل نموده و رضایت‌مندی بیشتری از زایمان را تجربه می‌نمایند. و برعکس مادرانی که خودکارآمدی پایین دارند، انجام زایمان طبیعی را امری دست‌نیافتنی دانسته و ترس بالایی را در طی بارداری تجربه می‌کنند (۱۰). خودکارآمدی به‌عنوان یک منبع شخصی سازگاری را تسهیل می‌کند (۱۱). خودکارآمدی نقش مهمی در سازگاری با زایمان دارد و می‌تواند انگیزه و نگرش مادران باردار را به زایمان طبیعی تغییر دهد (۶). مادران بارداری که سطح اطمینان بیشتری در توانایی خود برای سازگاری با لیبر دارند، درد کم‌تری در طی لیبر داشته و متعاقباً کم‌تر از داروهای کاهش درد در طی زایمان استفاده می‌کنند (۱۲).

به‌منظور تقویت خودکارآمدی افزایش دانش و آگاهی مادران باردار در مورد لیبر، زایمان و استراتژی‌های سازگاری با درد زایمان ضروری بوده که به‌طور مؤثر منجر به بالا بردن اطمینان، اعتمادبه‌نفس و باور آنان در طی لیبر و زایمان و تغییر رفتار، افزایش تسلطشان بر کنترل دردها، کاهش ترس و اضطراب خواهد شد (۱۳). یکی از مؤثرترین روش‌ها جهت افزایش این توانمندی شرکت در کلاس‌های آموزشی آمادگی برای زایمان می‌باشد (۶). افزایش آگاهی و مهارت در مادران باردار در کوتاه‌مدت باعث افزایش اعتمادبه‌نفس و دانش آنان در مورد بارداری و تصمیم‌گیری بعدی در آن‌ها می‌شود که در درازمدت، باعث کاهش عوارض ناشی از تولد نوزاد کم‌وزن و اعمال این آگاهی‌ها و رفتارها در حاملگی‌های بعدی می‌شود (۱۴). کلاس‌های آمادگی زایمان توانایی مادران باردار را برای سازگاری با لیبر و زایمان افزایش داده و موجب افزایش خودکارآمدی از طریق

کاهش ترس و ارتقای کنترل درد شده که این استراتژی‌ها، کمک به سازگاری با زایمان می‌نمایند و نهایتاً با تمرکز و تفکر بر روی نیازهای شخصی و اهدافشان باعث اضطراب کم‌تر و اعتمادبه‌نفس بیشتری شود (۱۴، ۱۵). فلذا این مطالعه باهدف تعیین تأثیر کلاس‌های آمادگی برای زایمان بر خودکارآمدی در سازگاری با زایمان طبیعی مادران باردار طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار

تحقیق حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد. این پژوهش بر روی ۱۵۰ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی ارومیه و پلی‌کلینیک تأمین اجتماعی حضرت فاطمه (س) در سال ۱۳۹۴ که دارای شرایط لازم جهت انجام پژوهش بودند، انجام شد. حجم نمونه در هر گروه ۷۵ نفر محاسبه گردید نمونه‌گیری در این مطالعه به‌صورت در دسترس انجام شد. برای محاسبه حجم نمونه از نتایج مطالعات سان و همکاران (۱۶) (۲۰۱۰) استفاده شد، تعداد حجم نمونه ۶۳ نفر در نظر گرفته شد که با در نظر گرفتن ۱۵ درصد ریزش در نمونه‌های مورد مطالعه، تعداد ۷۵ نفر در هر گروه محاسبه شد.

جهت تعیین گروه مداخله ۷۵ مادر باردار مراجعه‌کننده به پلی‌کلینیک تأمین اجتماعی حضرت فاطمه (س) و برای تعیین گروه کنترل از ۶ مرکز بهداشتی درمانی ارومیه، ۷۵ مادر باردار مراجعه‌کننده به این مراکز به‌طور تصادفی انتخاب شدند مادران باردار، بعد از توضیح طرح و اخذ موافقت کتبی وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: محدوده سنی ۱۸-۳۵ سال، حاملگی نخست، سن حاملگی ۲۳-۲۰ هفته، بارداری تک قلو، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، عدم وجود موانع شناخته شده زایمان طبیعی، پرخطر نبودن حاملگی (نداشتن بیماری‌های قلبی، تیروئید، ریوی، دیابت فشارخون طبیعی بودن وضعیت جفت و جنین (از قبیل عدم وجود جفت سرراهی، پارگی کیسه آب) و نداشتن مشکل در برقراری ارتباط و تمایل به شرکت در طرح بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل داشتن عارضه در بارداری (نظیر زایمان زودرس، پره اکلامپسی، ابتلا به دیابت بارداری و یا فشارخون، جدا شدن زودرس جفت، مرگ جنین) و نارضایتی از ادامه همکاری و غیبت بیش از یک جلسه یا بیشتر در کلاس‌ها از مطالعه خارج شدند. در گروه مداخله مادران در گروه‌های ۵-۱۰ نفره با همراهشان (در صورت داشتن همراه) حاضر شدند، این گروه علاوه بر مراقبت‌های معمول بارداری، در کلاس‌های آمادگی برای زایمان در ۸ جلسه شرکت نمودند. هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه تشکیل می‌شد. محتوای جلسات شامل آموزش تغییرات آناتومیک و فیزیولوژیک در دوران بارداری، مروری بر شکایت‌های شایع، تغذیه

خرسندی و همکاران در سال ۲۰۰۰ سنجیده شده است. آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده در مطالعه‌ی آن‌ها برای انتظار پیامد فاز فعال لیبر ۰/۸۴، انتظار خودکارآمدی فعال لیبر ۰/۹۲، انتظار پیامد فاز دوم لیبر ۰/۹۴ و انتظار خودکارآمدی فاز دوم لیبر ۰/۹۱ بود (۱۷). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 و آمار توصیفی (میانگین، فراوانی و انحراف معیار) و استنباطی شامل آزمون‌های T مستقل، T زوجی، کای دو و من ویتنی انجام گردید.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه بیانگر آن است که میانگین سنی نمونه‌های مورد مطالعه در گروه مداخله $26/28 \pm 3/751$ و گروه کنترل $26/40 \pm 3/915$ بود. سن ازدواج مادر در گروه مداخله $23/95 \pm 3/826$ و در گروه کنترل $4/11 \pm 24/69$ بود. نتیجه‌ی آزمون تی نشان داد که تفاوت آماری معناداری بین گروه مداخله و کنترل از نظر متغیر سن مادر و سن ازدواج وجود ندارد ($p > 0/05$). اکثر مادران در گروه مداخله میزان تحصیلات در حد دیپلم داشته که شامل ۲۸ مادر باردار (۳۳/۳۷ درصد) و در گروه کنترل نیز اکثر مادران تحصیلات در حد دیپلم داشته‌اند که شامل ۲۶ مادر باردار (۳۴/۲۱ درصد) می‌شد. همچنین اکثر مادران در هر دو گروه مداخله و کنترل میزان درآمد در حد متوسط داشته‌اند (دخل برابر با خرج) که به تعداد ۵۸ مادر در گروه مداخله (۷۶/۲۳ درصد) و در گروه کنترل ۵۴ مادر باردار (۷۱/۹۹ درصد) را شامل می‌شد. اکثر مادران در گروه مداخله میزان تحصیلات در حد دیپلم داشته که شامل ۲۸ مادر باردار (۳۳/۳۷ درصد) و در گروه کنترل نیز اکثر مادران تحصیلات در حد دیپلم داشته‌اند که شامل ۲۶ مادر باردار (۳۴/۲۱ درصد) می‌شد. همچنین اکثر مادران در هر دو گروه مداخله و کنترل میزان درآمد در حد متوسط داشته‌اند (دخل برابر با خرج) که به تعداد ۵۸ مادر در گروه مداخله (۷۶/۲۳ درصد) و در گروه کنترل ۵۴ مادر باردار (۷۱/۹۹ درصد) را شامل می‌شد. بر طبق نتیجه‌ی آزمون کای دو تفاوت آماری معناداری بین متغیرهای جمعیت شناختی از نظر تحصیلات مادر و درآمد خانواده در دو گروه مداخله و کنترل نشان داده نشد به‌عبارت‌دیگر این دو گروه از این نظر همگن هستند.

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمرات خودکارآمدی قابل‌انتظار در نمونه‌های مورد مطالعه قبل از مداخله در گروه مداخله $148/97 \pm 21/85$ و گروه کنترل $151/39 \pm 20/54$ بود. میانگین نمرات پیامد قابل‌انتظار قبل از مداخله در گروه مداخله $154/03 \pm 22/47$ و در گروه کنترل $155/47 \pm 19/74$ بود و نیز

دوران بارداری، بهداشت روان، رشد و تکامل جنین، علائم هشداردهنده در دوران بارداری، آشنایی با مراحل مختلف زایمان طبیعی و وضعیت‌های مختلف زایمان، مداخلات ضروری حین زایمان، اهمیت زایمان طبیعی و مروری بر روش‌های مختلف کاهش درد زایمان و عوارض سزارین، آشنایی با بهداشت بعد از زایمان و تشویق برای تغذیه با شیر مادر و نوزاد و تنظیم خانواده بود (آموزش تئوری با استفاده از ابزار سمعی و بصری از قبیل فیلم‌های زایمانی ارائه می‌شد). در ادامه جلسات مشاوره به‌صورت پرسش و پاسخ در مدت ۱۵ دقیقه ارائه می‌شد و نهایتاً در مدت ۳۰ دقیقه آخر تمرینات عصبی و عضلانی، آموزش وضعیت‌های مناسب در حین لیبر و زایمان، نحوه تنفس صحیح در دوران بارداری، حین لیبر و زایمان و ریلکسیشن مادران باردار به‌صورت عملی صورت می‌گرفت. گروه شاهد صرفاً مراقبت‌های معمول بارداری را دریافت نمودند.

جهت گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه جمعیت شناختی و خودکارآمدی زایمان (CBSEI)^۱ استفاده شد. پرسشنامه خودکارآمدی زایمان به‌منظور اندازه‌گیری درک مادر در قابلیت سازگاری با درد لیبر تدوین شده است که پیامد قابل‌انتظار و خودکارآمدی قابل‌انتظار را اندازه‌گیری می‌نماید. این پرسش‌نامه دارای ۶۴ سؤال است و از دو قسمت فاز فعال و مرحله دوم زایمان تشکیل شده است که هر قسمت دارای دو بخش می‌باشد. بخش اول شامل ۱۶ سؤال (سؤال ۱ الی ۱۶) است که پیامد قابل‌انتظار، مربوط به فاز فعال زایمان را می‌سنجد و بخش دوم نیز شامل ۱۶ سؤال (از سؤال ۱۷ الی ۳۲) که خودکارآمدی قابل‌انتظار مربوط به این فاز را می‌سنجد. قسمت دوم مربوط به مرحله دوم زایمان است که خود شامل، پیامد قابل‌انتظار که از سؤال ۳۲ الی ۴۸ می‌باشد و از سؤال ۴۸ الی ۶۴ مربوط به خودکارآمدی قابل‌انتظار مرحله دوم زایمان می‌باشد این سؤالات با مقیاس لیکرت ۱۰ معیاری (کاملاً نامطمئن تا کاملاً مطمئن) سنجیده می‌شود. (هر سؤال در هر بخش نمره‌ای بین ۱ تا ۱۰ دارد). با جمع نمرات خودکارآمدی قابل‌انتظار فاز فعال (مرحله اول زایمان) و مرحله دوم زایمان، نمره کل خودکارآمدی قابل‌انتظار حاصل شده و با جمع نمرات پیامد قابل‌انتظار فاز فعال (مرحله اول زایمان) و مرحله دوم زایمان، نمره کل پیامد قابل‌انتظار به دست می‌آید. نمره کلی خودکارآمدی، از جمع حاصل این دو (خودکارآمدی قابل‌انتظار و پیامد قابل‌انتظار) به دست می‌آید.

پرسشنامه خودکارآمدی زایمان در سه مرحله شامل قبل از مداخله، مجدداً در هفته ۳۷ حاملگی، بعد از اتمام ۸ جلسه آموزشی و یک بار دیگر ۷۲-۲۴ ساعت بعد از زایمان توسط مادران در هر دو گروه تکمیل شد. اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه در ایران توسط

¹ Childbirth self-efficacy Inventory

مداخله مقایسه شد که بر اساس این نتایج خودکارآمدی در گروه کنترل بعد از مداخله در هر دو حیطة آن یعنی خودکارآمدی قابل انتظار ($P=0/231$) و پیامد قابل انتظار ($P=0/774$) و خودکارآمدی کلی ($P=0/427$) اختلاف آماری معنی داری با قبل از مداخله نداشت. ولی در گروه مداخله خودکارآمدی کلی ($P=0/000$) و خودکارآمدی قابل انتظار ($P=0/000$) و پیامد قابل انتظار ($P=0/000$) اختلاف آماری معنی داری با قبل از مداخله داشت.

میانگین نمرات خودکارآمدی کلی قبل از مداخله در گروه مداخله $306/85 \pm 6/85$ و در گروه کنترل $306/85 \pm 6/85$ بود. با توجه به این نتایج که با آزمون تی غیرمستقل انجام شده است نمرات خودکارآمدی قابل انتظار ($P=0/486$) و نمرات پیامد قابل انتظار ($P=0/676$) و نمرات خودکارآمدی کلی ($P=0/574$) در ابتدای مطالعه در دو گروه اختلاف آماری معنی داری نداشته است. و نیز با توجه به جدول ۱ نتایج آزمون تی زوجی نمرات خودکارآمدی قبل از مداخله با نمرات خودکارآمدی بلافاصله بعد از

جدول (۱): مقایسه نمرات خودکارآمدی قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله نمونه‌های مورد مطالعه در گروه مداخله و کنترل

p-value	آماره t	میانگین (انحراف معیار)		گروه	حیطه
		بلافاصله بعد از مداخله	قبل از مداخله		
0/427	0/799	$305/25 \pm 44/28$	$306/85 \pm 6/84$	کنترل	خودکارآمدی کلی
0/000	-47/14	$562/84 \pm 38/03$	$303 \pm 6/84$	مداخله	خودکارآمدی کلی
0/231	1/21	$150/16 \pm 22/28$	$151/38 \pm 20/53$	کنترل	خودکارآمدی قابل انتظار
0/000	-39/23	$278/56 \pm 21/32$	$148/97 \pm 21/85$	مداخله	خودکارآمدی قابل انتظار
0/774	0/289	$22/80 \pm 155/09$	$155/46 \pm 19/74$	کنترل	پیامد قابل انتظار
0/000	-53/56	$284/27 \pm 18/81$	$154/02 \pm 22/46$	مداخله	پیامد قابل انتظار

خودکارآمدی قابل انتظار ($P=0/000$)، پیامد قابل انتظار ($P=0/000$) و نمره خودکارآمدی کلی ($P=0/000$)، نسبت به بعد از مداخله کاهش داشته که از نظر آماری معنی دار بوده است.

جدول ۲ خودکارآمدی کلی در گروه مداخله ($P=0/334$) و خودکارآمدی قابل انتظار ($P=0/668$) و پیامد قابل انتظار ($P=0/781$) اختلاف آماری معنی داری بعد از زایمان نسبت به بعد از مداخله دیده نشد. ولی در گروه کنترل نمره خودکارآمدی کلی ($P=0/000$)، نمره

جدول (۲): مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی بعد از مداخله و بعد از زایمان نمونه‌های مورد مطالعه در گروه کنترل و مداخله

p-value	آماره t	میانگین (انحراف معیار)		گروه	حیطه
		بعد از زایمان	بعد از مداخله		
0/000	3/74	$299/18 \pm 44/74$	$305/25 \pm 44/27$	کنترل	خودکارآمدی کلی
0/334	0/97	$557/27 \pm 34/42$	$562/84 \pm 38/03$	مداخله	خودکارآمدی کلی
0/011	-2/60	$147/84 \pm 23/33$	$150/16 \pm 22/28$	کنترل	خودکارآمدی قابل انتظار
0/668	-0/43	$280/30 \pm 22/37$	$278/56 \pm 21/32$	مداخله	خودکارآمدی قابل انتظار
0/001	3/38	$21/78 \pm 151/34$	$155/09 \pm 22/81$	کنترل	پیامد قابل انتظار
0/781	0/27	$283/48 \pm 19/07$	$284/27 \pm 18/81$	مداخله	پیامد قابل انتظار

است؛ و در گروه مداخله افزایش نمرات خودکارآمدی کلی ($P=0/000$) و نمره پیامد قابل انتظار ($P=0/000$) و نمره خودکارآمدی قابل انتظار ($P=0/000$) مشاهده شد که از نظر آماری معنی دار بوده است.

بر اساس جدول ۳ نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که نمرات خودکارآمدی کلی در گروه کنترل ($P=0/001$) و نمره خودکارآمدی قابل انتظار ($P=0/000$) و پیامد قابل انتظار ($P=0/000$) بعد از زایمان نسبت به قبل از مداخله کاهش داشته که از نظر آماری معنی دار بوده

جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی قبل از مداخله و بعد از زایمان نمونه‌های مورد مطالعه در گروه کنترل و مداخله

p-value	آماره t	میانگین (انحراف معیار)		گروه	حیطه
		بعد از زایمان	قبل از مداخله		
۰/۰۰۱	۳/۴۸	۲۹۹/۱۸±۴۴/۷۴	۳۰۶/۸۵±۶/۸۴	کنترل	خودکارآمدی کلی
۰/۰۰۰	-۴۰/۴۲	۵۵۷/۲۷±۳۴/۴۲	۳۰۳±۶/۸۴	مداخله	
۰/۰۰۵	-۲/۹۲	۱۴۷/۸۴±۲۲/۳۴	۱۵۱/۳۸±۲۰/۵۳	کنترل	خودکارآمدی قابل‌انتظار
۰/۰۰۰	-۳۵/۳۶	۲۸۰/۰۳±۲۲/۳۷	۱۴۸/۹۷±۲۱/۸۵	مداخله	
۰/۰۰۱	۳/۵۴	۱۵۱/۳۵±۲۱/۷۹	۱۵۵/۴۶±۱۹/۷۴	کنترل	پیامد قابل‌انتظار
۰/۰۰۰	-۴۱/۴۶	۲۸۳/۴۸±۱۹/۰۷	۱۵۴/۰۲±۲۲/۴۶	مداخله	

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر کلاس‌های آمادگی برای زایمان بر دو جنبه خودکارآمدی هم تأثیرگذار بود و موجب افزایش نمرات پیامد قابل‌انتظار، خودکارآمدی قابل‌انتظار و خودکارآمدی کلی شد. نتایج مطالعه نشان داد که در گروه مداخله نمرات خودکارآمدی قابل‌انتظار و پیامد قابل‌انتظار افزایش یافت و پس از مطالعه اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه کنترل و مداخله مشاهده شد. زنان باردار شرکت‌کننده در کلاس‌های آمادگی برای زایمان اعتقاد به مفید دانستن رفتارهای مقابله با درد زایمان از قبیل فن‌های تنفسی، انحراف ذهن از درد پیدا کرده و به این باور رسیده بودند که این رفتارها می‌توانند در کاهش درد زایمان کاملاً مفید واقع شوند که این در مفهوم پیامد قابل‌انتظار است. افزایش نمرات خودکارآمدی قابل‌انتظار نشان داد که زنان باردار شرکت‌کننده در کلاس‌های آمادگی برای زایمان به این باور و اطمینان در مورد توانایی‌های خود رسیده‌اند که آن‌ها قادر به انجام مهارت‌های سازگار با لیبر در زمان زایمان هستند. یافته‌های این مطالعه مشابه نتایج هاوهاران (۲۰۰۸) (۲۰) می‌باشد و بررسی‌ها نشان می‌دهد که بین ترس از زایمان و خودکارآمدی ارتباط وجود دارد، چنانچه زن باردار تصور نماید نمی‌تواند موقعیت لیبر را کنترل نماید ترس و اضطراب ناشی از آن سبب کاهش خودکارآمدی می‌شود (۹، ۲۱)

بنابراین آموزش رفتارهای سازگاری با لیبر می‌تواند عامل مهمی در کاهش ترس و اضطراب و افزایش خودکارآمدی افراد باشد که در گروه کنترل چنین نتیجه‌ای حاصل نشد. همچنین در مطالعه ما افزایش نمرات خودکارآمدی قابل‌انتظار، پیامد قابل‌انتظار در زنان شرکت‌کننده در کلاس‌های آمادگی برای زایمان در هر دو مرحله زایمان مشاهده شد و نمرات مذکور در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود. بنابراین بر اساس نتایج مطالعه حاضر کلاس‌های آمادگی برای زایمان می‌تواند در افزایش سطح آگاهی و دانش، مهارت و ارتقای خودکارآمدی و مهارت‌های سازگاری با لیبر در مواجهه با شرایط استرس‌زای لیبر مؤثر باشد.

این پژوهش جهت دستیابی به هدف کلی «بررسی تأثیر کلاس‌های آمادگی برای زایمان طبیعی بر خودکارآمدی در سازگاری با زایمان مادران باردار مراجعه‌کننده به پلی‌کلینیک حضرت فاطمه (س) تأمین اجتماعی و مراکز بهداشتی درمانی در شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۴» انجام گردید. بر اساس نتایج این مطالعه بعد از مداخله آموزشی نمرات خودکارآمدی در گروه مداخله نسبت به قبل از مطالعه افزایش داشته و همچنین نسبت به نمرات خودکارآمدی گروه کنترل افزایش معنی‌داری مشاهده شد درحالی‌که نمرات خودکارآمدی در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری نداشته است. بر اساس نتایج این مطالعه در گروه کنترل در این پژوهش نمرات خودکارآمدی گروه کنترل در قبل و بعد از مطالعه یکسان بوده ولی بعد از زایمان نمرات خودکارآمدی به‌طور معنی‌داری کاهش یافته بود؛ که این امر می‌تواند به علت عدم آمادگی مادران برای مواجهه با شرایط بحرانی مانند درد زایمان باشد.

نتایج مطالعه ایپ (۲۰۰۹) نشان داد که پس از آموزش افزایش معنی‌داری در سطح خودکارآمدی زنان باردار بین دو گروه مشاهده شد (۱۵) که با نتایج مطالعه حاضر مشابه می‌باشد. مطالعات نشان داده است که افزایش آگاهی، نگرش و مهارت افراد از عوامل تأثیرگذار در افزایش خودکارآمدی افراد می‌باشد و اثر مداخله‌های برنامه‌ریزی شده بخصوص برای زنان نخست‌زا از قبیل فراهم آوردن مهارت‌های سازگار با زایمان که شامل فن‌های تنفسی، تن آرامی، منحرف کردن فکر زانو از درد و شناخت موقعیت درد موجب تسهیل به دستیابی به خودکارآمدی بالا برای زایمان می‌شود و موجب کاهش اضطراب و ترس از لیبر می‌شود. زنانی که در زمان بارداری سطح اطمینان بیشتری در توانایی‌هایشان برای مقابله با لیبر داشته باشند گزارش شده که درد کم‌تری در طی لیبر داشته و پیش‌بینی می‌گردد قادر به اجرای رفتارهای مقابله با استرس در زمان لیبر باشند (۱۸، ۱۹)

می‌توان به‌عنوان ابزاری قدرتمندی برای ارتقا کیفیت و بهتر شدن روند آموزش مورداستفاده قرار داد. در مطالعه حاضر آموزش رفتارهای سازگاری با لیبر از طریق برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان، تأثیر قابل توجهی بر افزایش باورهای آنان به مفید دانستن رفتارهای سازگاری با درد زایمان و توانایی آنان در انجام موفقیت‌آمیز این رفتارها در موقعیت استرس‌زا از جمله لیبر داشته است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد اخلاق IR.umf.ac.ir.1394.74 می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که حمایت مالی این طرح را بر عهده گرفتند و تمامی مادران بارداری که در این مطالعه شرکت داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

در مطالعه‌ای جیحونی و همکاران (۹۲) نتایج حاصله از تفاوت آماری معنی‌داری را در زمینه آگاهی، ارزشیابی نتایج رفتار، باورهای رفتاری و تقویت قصد زنان باردار و عملکرد آنان مؤثر بوده است؛ که مؤثر بودن مداخلات آموزشی دوران بارداری را نشان می‌دهد. در مطالعه رستگاری و همکاران (۹۱) نیز که باهدف بررسی تأثیر کلاس‌های آمادگی برای زایمان بر روی خودکارآمدی درک شده زایمان در زنان زایمان کرده صورت گرفت در زنانی که در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت نموده بودند میانگین نمرات خودکارآمدی زایمان بیشتر از گروه کنترل بود هرچند اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد (۲۲).

با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود کلاس‌های آمادگی برای زایمان در کلیه مراکز ارائه مراقبت‌های مامایی به‌طور روتین برگزار شده تا ضمن افزایش سطح دانش و آگاهی مادران و خودکارآمدی مادران باردار و خانواده‌های آن‌ها، حمایت روحی لازم از آنان به عمل آید برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان را

References:

1. Shahraki Sanavi F, Rakhshani F, Ansari Moghaddam A, Edalatian M. Reasons for elective Cesarean section amongst pregnant women; A qualitative study. *J Reproduc Infertil* 2012;13(4): 237-40.
2. Corton MM, Leveno K, Bloom S, Hoffman B. *Williams Obstetrics 24/E (EBOOK)*: McGraw Hill Professional; 2014.
3. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007;21(2): 98-113.
4. Azizi M, Salari P. C-section in request: an ethical approach. *Iran J Med Ethics History Med* 2009;2(2): 55-66.
5. Khan-Jeihooni A, Shahidi F, Kashfi SM. Effectiveness of Educational Program Based on the Theory of Reasoned Action to Decrease the Rate of Cesarean Delivery Among Pregnant Women in Fasa, Southern Iran. *J Educ Commun Health* 2014;1(1): 62-71.
6. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth* 2014;41(4):384-94.
7. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84(2):191-215.
8. Bandura A. Self-efficacy. *Wiley Online Library*; 1994.
9. Salomonsson B, Berterö C, Alehagen S. Self-Efficacy in Pregnant Women with Severe Fear of Childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2013;42(2): 191-202.
10. Salomonsson B, Gullberg MT, Alehagen S, Wijma K. Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2013;34(3): 116-21.
11. Jones TL, Prinz RJ. Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clin Psychol Rev* 2005;25(3): 341-63.
12. Arslan-Özkan İ, Okumuş H, Buldukoğlu K. A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's Theory of Human Caring

- on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. *J Adv Nurs* 2014;70(8): 1801-12.
13. Veringa IK, de Bruin EI, Bardacke N, Duncan LG, van Steensel FJ, Dirksen CD, et al. 'I've Changed My Mind', Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry* 2016;16(1): 377.
14. Girard AW, Olude O. Nutrition education and counselling provided during pregnancy: effects on maternal, neonatal and child health outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2012;26(s1): 191-204.
15. Ip WY, Tang CS, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs* 2009;18(15): 2125-35.
16. Sun Y-C, Hung Y-C, Chang Y, Kuo S-C. Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. *Midwifery* 2010;26(6): e31-e6.
17. Khorsandi M, Ghofranipour F, Faghihzadeh S, Hidarnia A, Akbarzadeh Bagheban A, Aguilar-Vafae ME. Iranian version of childbirth self-efficacy inventory. *J Clin Nurs* 2008;17(21): 2846-55.
18. Gau M-L, Chang C-Y, Tian S-H, Lin K-C. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery* 2011;27(6): e293-e300.
19. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000;21(4): 219-24.
20. Howharn C. Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in Thai primiparas. ProQuest; 2008.
21. Sieber S, Germann N, Barbir A, Ehlert U. Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychosocial adaptation in healthy pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(10): 1200-7.
22. Rastegari L, Mohebbi P, Mazlomzadeh S. The Effect of Childbirth Preparation Training Classes on Perceived Self-efficacy in Delivery of Pregnant Women. *ZUMS J* 2013;21(86): 105-15.

THE EFFECT OF ANTENATAL PREPARATION CLASSES ON SELF-EFFICACY IN COPING WITH CHILDBIRTH IN PREGNANT WOMEN REFERRING TO FATEMEH POLYCLINIC, AND OTHER HEALTH CARE CENTERS IN URMIA IN 2015

Parinaz Alipour¹, Saeedeh Alizadeh², Fatemeh Moghaddam Tabrizi^{3*}, Hojjat Sayadi⁴

Received: 27 Sep, 2016; Accepted: 22 Nov, 2016

Abstract

Background & Aims: Increasing knowledge and awareness of pregnant women about labor, delivery and postpartum pain coping strategies are important, and they can lead to the increasing of the reliability, confidence and self-efficacy in women during labor and delivery. Therefore, this study aimed to evaluate the effect of the childbirth preparation classes on self-efficacy in their coping strategies during childbirth in pregnant women.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental study which was carried out on 150 nulliparous pregnant women. They were randomly divided to experimental & control groups. Mothers in experimental group were trained both theoretically and practically by intervention in 8 sessions, while those in control group received the routine care only. The data were collected by using demographic and childbirth self-efficacy questionnaires. In order to determine the self-efficacy, the childbirth self-efficacy questionnaire (CBSEI) was applied on pregnant women at 20-23 gestational ages, and at 37 weeks of pregnancy and 24-72 hours after delivery. Data were analyzed with SPSS version 20 software.

Results: The results showed a statistically significant difference between intervention and control groups ($p=0.00$).

Conclusion: This study confirms the effectiveness of the antenatal preparation for childbirth educational program on self-efficacy of pregnant women to cope with labor. Therefore, it is recommended to use this program as a teaching or complementary method in being prepared for childbirth.

Keywords: Antenatal preparation for child birth, Caesarean section, Self-efficacy, Childbirth, Coping.

Address: Urmia, Urmia University of Medical Sciences

Tel: (+98) 04432754961

Email: fntabrizi@gmail.com

¹ Master of Science in Midwifery Consultation, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Master's, Degree Student in Midwifery Counseling, Student Research Committee, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Assistant Professor in Nursing and Midwifery Department, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

⁴ Assistant Professor of Biostatistics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran