

بررسی تأثیر کلاس‌های آمادگی زایمان بر نگرش مادران باردار نسبت به شیوه‌ی زایمان

سهیلا ربیعی پور^۱، پریناز علیپور^۲، مریم مسگرزاده^{۳*}، ابراهیم شیرزاد^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۲/۳۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۵/۱۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: زایمان یکی از حساس‌ترین و مهم‌ترین خدمات نظام بهداشتی و درمانی تمام جوامع است و مانند هر خدمتی باید به شکل مناسب، کم‌هزینه و همراه با حداقل عوارض جسمی - روانی صورت گیرد. انتخاب نوع زایمان در ایجاد این عوارض جسمی و روانی تأثیر خیلی زیادی دارد. پژوهش حاضر، باهدف تعیین تأثیر کلاس‌های آمادگی زایمان بر نگرش مادران باردار نسبت به شیوه‌ی زایمان در زنان مراجعه‌کننده به پلی‌کلینیک فاطمیه شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۴ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی، ۱۶۰ مادر باردار که از هفته ۲۰ الی ۲۳ بارداری برای مراقبت‌های روتین بارداری به کلینیک مراجعه نموده و دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند با روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب‌شده و پس از تصادفی سازی به صورت مساوی در دو گروه مداخله (آموزش) و گروه کنترل (بدون آموزش) قرار گرفتند. مادران گروه مداخله به مدت ۸ جلسه در کلاس‌های آمادگی برای زایمان و مراقبت‌های دوران بارداری که هر ۲ هفته یک‌بار برگزار می‌شد، آموزش دیدند اما در گروه کنترل فقط مراقبت‌های روتین انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه دوقسمتی محقق ساخته و خودایفاء بود که شامل اطلاعات فردی و فرم سنجش نگرش می‌باشد. بخش اول شامل سؤالات دموگرافیک (شامل ۲۶ سؤال) و فرم سنجش نگرش نسبت به شیوه‌ی زایمان (شامل ۱۵ عبارت با طیف لیکرت) بود که یک‌بار در شروع مطالعه و سپس در هفته ۳۷ بارداری برای هر دو گروه تکمیل شد. روایی ابزار مزبور، به روش اعتبار محتوا و پایایی آن با روش آلفا کرونباخ تعیین شد. بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، داده‌های جمع‌آوری‌شده وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ شده و با استفاده از شاخص‌های آماری توصیفی، آزمون t-test و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سنی مادران بارداری که وارد مطالعه شدند، ۲۹/۰۴ ± ۵/۳۱ بود. از نظر مشخصات دموگرافیک اختلاف معنی‌داری آماری بین ۲ گروه مورد مطالعه وجود نداشت. نگرش مادران باردار نسبت به شیوه‌ی زایمان در دو گروه کنترل و مداخله قبل از مداخله آموزشی با $Pvalue = ۰/۵۳۶$ تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. میانگین و انحراف معیار نمرات نگرش نسبت به شیوه‌ی زایمان در گروه کنترل در پس‌آزمون ۱۱/۸۰ ± ۴۵/۶۱ و در گروه مداخله ۷/۵۱ ± ۲۹/۴۴ بود. با انجام آزمون تی مستقل اختلاف میانگین نمرات ۲ گروه پس از مداخله از نظر آماری معنی‌دار است ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد آموزش بر تغییر نگرش مادران باردار نسبت به شیوه‌ی زایمان مؤثر بوده و می‌تواند نگرش نسبت به شیوه‌ی زایمان را در مادران باردار اصلاح نماید. لذا توصیه می‌شود که مسئولین ذی‌ربط سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های لازم را در جهت برگزاری کلاس‌های آمادگی زایمان برای تمامی زنان باردار و نیز ارتقا کمیّت و کیفیت آموزش‌ها به عمل آورند.

کلیدواژه‌ها: آموزش، نگرش، شیوه زایمان، مادر باردار

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۹۷، آبان ۱۳۹۶، ص ۵۷۴-۵۶۷

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۹۱۴۳۴۰۲۶۷۹

Email: maryam.mesgarzadeh@gmail.com

^۱ دانشیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۴ متخصص گوش و حلق و بینی، مدیریت درمان سازمان تأمین اجتماعی استان آذربایجان غربی

مقدمه

یکی از موهبت‌های الهی برای تولید نسل بشر بر روی زمین، زایمان می‌باشد که از ابتدای زندگی همواره با انسان بوده و ادامه دارد. زایمان یک سیر طبیعی دارد که بدون نیاز به مداخله انجام می‌شود (۱) اما در مواقع ضروری که جان مادر یا بچه در خطر باشد عمل سزارین انجام می‌گیرد (۲). سزارین، به زایمان جنین از طریق برش دیواره‌ی شکمی و دیواره‌ی رحمی گفته می‌شود (۳). عمل سزارین نقش مهمی در کاهش مرگ‌ومیر و عوارض ناشی از زایمان در مادران و نوزاد دارد ولی در حال حاضر میزان آن افزایش یافته و مسئله نگران‌کننده در مامایی مدرن می‌باشد و زمینه نگرانی زیادی را برای بسیاری از کشورها نیز مهیا نموده است. (۴، ۵) بر اساس تحقیق انجام یافته توسط سازمان جهانی بهداشت، افزایش نرخ سزارین به بیش از ۱۰ درصد در صد با کاهش مرگ‌ومیر مادر و نوزادی همراه نخواهد بود، اما این افزایش نرخ سزارین می‌تواند با عواقب جدی کوتاه‌مدت و بلندمدت برای مادران و نوزادان همراه باشد (۶). مطالعات نشان می‌دهد که امروزه احتمال اینکه یک زن تحت عمل سزارین قرار گیرد ۳ برابر بیشتر از ۲۰ سال قبل می‌باشد. (۷) در انگلستان میزان سزارین از ۱۲/۵ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۱۸/۳ درصد در سال ۱۹۹۹ و ۲۱ درصد در سال ۲۰۰۲ رسیده است. در ایتالیا هم سزارین در طی ۲۰ سال اخیر از ۱۱ درصد به ۳۳ درصد رسیده است. هم‌اکنون شایع‌ترین عمل جراحی در آمریکا، سزارین می‌باشد و تقریباً ۱ میلیون مورد از آن در سال انجام می‌گیرد میزان سزارین در ایالات متحده به صورت افزایش یافته‌ای از ۴/۵ درصد کل زایمان‌ها در سال ۱۹۶۵ به حداکثر شیوع ۲۹/۱ درصد در سال ۲۰۰۴ افزایش یافته است (۹، ۸) در کانادا ۲۵-۲۰ درصد، هند ۳۲ درصد، اسکاتلند ۱۴/۲ درصد و سوئد ۱۰/۷ درصد است. در ایران هم از ۶۰-۲۶ درصد متغیر می‌باشد. (۱۱، ۱۰). طوری که در سال ۱۳۷۷، ۳۳/۱ درصد در سال ۱۳۸۱، ۳۶ درصد و در سال ۱۳۸۲ حدود ۳۳ درصد گزارش شده است. آمار سزارین در کل کشور ما تا سال ۱۳۸۴ به ۴۲/۳ درصد رسیده بود در سال ۱۳۸۹ میزان سزارین در بیمارستان‌های دولتی ۴۰ درصد و در بیمارستان‌های خصوصی بیش از ۹۰ درصد گزارش شده است. (۱۲) بر اساس گزارش معاونت درمان استان آذربایجان غربی آمار سزارین در سال ۹۱ در بخش دولتی ۳۸/۲ درصد و در بخش خصوصی ۵۷/۸۴ درصد بوده است (۱۳). بر اساس مطالعه ربیعی پور و همکاران در سال ۹۰ در آذربایجان غربی میزان سزارین در بخش دولتی ۴۲/۶ گزارش شد (۱۴) آمار و ارقام بالای سزارین در کشور، فاصله ما با شعار سازمان بهداشت جهانی (۱۵ درصد تا ۲۰۱۰) و تأثیر مداخلات در کاهش میزان سزارین، نشان‌دهنده لزوم انجام مداخلات جدی‌تر در این زمینه می‌باشد (۱۱، ۱۵).

سزارین دارای عوارضی مانند: عفونت پس از زایمان، خونریزی، تزریق خون، احتمال برداشتن رحم، صدمه به مثانه و مجاری ادراری، ترومبوآمبولی و همچنین افزایش تعداد روزهای بستری در بیمارستان در ۶۰ روز اول پس از زایمان، هزینه‌های مالی زیاد، دوره‌ی اقامت و بستری شدن طولانی مادر در بیمارستان، عوارض بیهوشی و عوارض روانی و همچنین خطر بروز جفت سرراهی و حاملگی خارج از رحمی در حاملگی‌های بعدی است (۶، ۱۶). برای نوزاد نیز عوارضی مانند: بروز مشکلات تنفسی، تاکی پنه گذرای نوزادی و سندرم زجر تنفسی نوزادان دارد و خطر مرگ نوزادان متولدشده به روش سزارین ۴ برابر نوزادانی است که به روش زایمان طبیعی متولد شده‌اند (۱۸، ۱۷).

افزایش فزاینده میزان سزارین و نقش فعال‌تر خانم‌ها در انتخاب آن نسبت به گذشته این سؤال را پیش می‌آورد که تمایل شخصی خانم‌ها به انتخاب کدام نوع از زایمان می‌باشد. (۱۹) طبق بررسی‌های انجام‌شده می‌توان گفت که دلایل رو به افزایش زایمان سزارین متنوع می‌باشد از قبیل ترس مادران از درد زایمان طبیعی، نگرش منفی به زایمان طبیعی و تجربیات زایمان طبیعی قبلی‌شان، نگرانی و افسردگی، خاطرات ناخوشایند دوران کودکی‌شان و شرایط سخت اجتماعی و اقتصادی آنان، نسبت دادن شایعات و عوارض نادرست به زایمان طبیعی و باورهای غلط در مورد برتری سزارین می‌باشد (۲۰، ۲۱). همچنین عدم آگاهی درست از روند زایمان‌های طبیعی و سزارین و نبود یک روش برخورد بالینی سازمان‌یافته در این زمینه، یکی از دلایلی است که زنان باردار مداخلات طبی از جمله زایمان سزارین را بیشتر درخواست می‌کنند (۲۲، ۲۳). لذا راهنمایی و آموزش زنان باردار در دوران بارداری به منظور افزایش آگاهی آنان در زمینه‌ی زایمان می‌تواند موجب آمادگی روحی و روانی آنان جهت مقابله با درد زایمان و در نتیجه باعث کاهش سزارین‌های غیرضروری شود (۲۴، ۲۵).

از آنجایی که نگرش انسان به دنبال آگاهی تغییر می‌کند، لذا برای تغییر در نگرش‌ها، باید با فراهم کردن زمینه در جهت بالا بردن سطح آگاهی، امکان این امر و رفتار مناسب را فراهم کرد (۶). از این رو تعیین میزان آگاهی و نگرش افراد اولین قدم در راه تعیین و ارائه برنامه‌های آموزشی است (۲۶). آموزش زمانی مؤثر است که بتواند تغییر نگرش مثبت را نیز به همراه داشته باشد تا نهایتاً در رابطه با روش زایمان، ایمن‌ترین و بهترین روش متناسب با شرایط انتخاب شود.

با توجه به عوامل یادشده و افزایش روزافزون آمار سزارین و عوارض ناشی از آن و عدم آگاهی زنان باردار در رابطه با مزایا و معایب روش‌های زایمان، این پژوهش باهدف تعیین تأثیر کلاس‌های آمادگی زایمان بر نگرش مادران باردار نسبت به شیوه‌ی زایمان در

مراجعه به پلی کلینیک حضرت فاطمه (س) ارومیه در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه‌تجربی بوده که از پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد که باهدف تعیین تأثیر شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان بر نگرش مادران باردار نسبت به شیوه‌ی زایمان در زنان مراجعه‌کننده به پلی کلینیک فاطمیه شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت به این منظور بعد از تصویب این طرح در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد اخلاق (IR.Umsu.REC.1394.253)، و اخذ مجوز از مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان آذربایجان غربی، حدود ۱۶۰ نفر مادر بارداری که از هفته ۲۰ الی ۲۳ بارداری برای مراقبت‌های روتین بارداری به کلینیک مراجعه نموده و دارای معیار ورود به مطالعه و تمایل به حضور در طرح را داشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. بعد از توضیح طرح و اخذ موافقت کتبی، افراد انتخاب‌شده پس از تصادفی سازی به‌صورت مساوی در دو گروه مداخله (آموزش) و گروه کنترل (بدون آموزش) قرار گرفتند. در گروه مداخله سه مادر به علت عدم حضور مرتب در کلاس‌ها حذف شدند و ۱ مادر نیز زایمان زودرس نمودند و ۱ مادر نیز به علت شغل همسر به شهرستان انتقال یافت، ۴ مادر نیز به دلیل تکمیل ناقص فرم از مطالعه خارج شدند و ۷۱ مادر باردار در مداخله شرکت نمودند. در گروه کنترل ۶ مادر به دلیل تکمیل ناقص فرم پس‌آزمون، از مطالعه خارج شدند و ۳ مادر نیز از شرکت در طرح انصراف به عمل آوردند، لذا ۷۱ مادر باردار در گروه کنترل شرکت نمودند.

در مرحله اول با استفاده از پرسش‌نامه محقق ساخته و خود ایفا، میزان نگرش زنان باردار نسبت به شیوه‌ی زایمان به‌صورت مصاحبه سنجیده شده سپس مادران گروه مداخله در کلاس‌های آمادگی برای زایمان و مراقبت‌های دوران بارداری در ۸ جلسه که هر ۲ هفته یک‌بار برگزار می‌شد، آموزش دیدند اما در گروه کنترل فقط مراقبت‌های روتین انجام گرفت. در هفته ۳۷ بارداری پرسشنامه نگرش نسبت به شیوه‌ی زایمان در هر دو گروه تکمیل شده و داده‌های جمع‌آوری شده را وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ کرده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل بارداری تک قلو، عدم وجود اندیکاسیون طبی و مامایی برای سزارین، نداشتن حاملگی پرخطر از قبیل دیابتیک بودن، فشارخون بالا، تهدید به زایمان زودرس، عدم مصرف سیگار یا مواد مخدر، تمایل به حضور در طرح و معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل انصراف مادران از شرکت در پژوهش،

بیش از یک جلسه غیبت از جلسات آموزشی، هرگونه بیماری افزوده شده بر حاملگی که سزارین را برای مادر ایجاب کند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه دوقسمتی محقق ساخته و خودایفا است که شامل اطلاعات فردی و فرم سنجش نگرش نسبت به شیوه‌ی زایمان می‌باشد. بخش اول شامل سؤالات دموگرافیک (شامل ۲۶ سؤال) در مورد سن، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد مادر و همسر، تعداد دفعات بارداری، نوع زایمان قبلی و فعلی، سابقه‌ی مرده زایی و سقط‌جنین است و فرم سنجش نگرش نسبت به شیوه‌ی زایمان (شامل ۱۵ عبارت) بود. نگرش افراد بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌تایی سنجیده شد. برای پاسخ کاملاً موافق نمره ۵، موافق نمره ۴، بی‌نظر نمره ۳، مخالف نمره ۲، کاملاً مخالف نمره ۱ داده شد. سؤالات ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۱۳، ۱۵ بار منفی داشتند. در مجموع نمره نگرش نسبت به شیوه‌ی زایمان عددی مابین ۷۵-۱۵ به خود اختصاص می‌داد که امتیاز بیشتر نشان‌دهنده تمایل بیشتر به انتخاب سزارین بود. روایی ابزار مزبور، به روش اعتبار محتوا و پایایی آن با روش آلفا کرونباخ تعیین شد ($\alpha = 0.825$).

محتوای آموزش در گروه مداخله شامل: آشنایی با تغییرات آناتومیک و فیزیولوژیک، رشد و تکامل جنین، شکایات شایع دوران بارداری، علائم خطر، بهداشت فردی، بهداشت روان، تغذیه مناسب، اهمیت مراقبت‌های دوران بارداری، آشنایی با انواع روش‌های زایمان طبیعی و سزارین، فواید و عوارض هرکدام، درد زایمان، روش‌های کاهش درد، مراحل زایمان، وضعیت‌های مختلف زایمان، مداخلات ضروری حین زایمان، اهمیت زایمان طبیعی، نقش همراه، آمادگی سایر اعضا خانواده، برنامه‌ریزی برای زایمان، حرکات کششی و آرام‌سازی و روش‌های مناسب تنفس‌گیری، مراقبت پس از زایمان، علائم خطر پس از زایمان، تنظیم خانواده، مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد بود که توسط وسایل کمک‌آموزشی (فیلم، وایت برد، پمفلت، پوسترهای آموزشی و جزوه آموزشی و ...) بر اساس کتب معتبر و رهنمودهای استاندارد وزارت بهداشت ارائه شد.

یافته‌ها

میانگین سنی واحدهای پژوهش (۲۹/۰۴ (۵/۳۱) سال بود. محل تولد اکثریت زنان (۸۳/۱ درصد) شهر بود. ۷۷/۲۵ درصد واحدهای پژوهش تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند. ۸۹/۴ درصد خانه‌دار بوده و اکثریت مادران در هر دو گروه میزان متوسط درآمد ماهیانه خانوار را ۱ میلیون ریال و کم‌تر ذکر نمودند. فقط ۰/۷ درصد از واحدهای پژوهش در مورد طبقه اجتماعی خود احساس خوبی (بالا) داشتند. اکثریت قریب به اتفاق مادران احساس خود را از طبقه اجتماعی خود متوسط ذکر نمودند. اکثریت مادران واحد پژوهش سابقه نازایی، سقط یا جنین مرده نداشته‌اند. اکثریت مادران چندزنا خاطره

ناخوشایند از زایمان قبلی را ذکر نمودند منابع کسب اطلاعات در مورد شیوه‌های زایمان در اکثریت مادران باردار (۶۷/۶ درصد) کتاب و رادیو و تلویزیون بود. ۲/۸ درصد آن‌ها اطلاعات خود را از طریق اقوام و دوستان و ۸/۵ درصد از طریق تجربه شخصی در زایمان و ۲۱ درصد از طریق ماما، پزشک و سایر پرسنل کسب نموده بودند.

جدول (۱): اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک، سوابق مامایی مادران برحسب گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	گروه کنترل	گروه مداخله	سطح معنی داری
سن (میانگین ± انحراف معیار)	۲۹/۱۱ ± ۵/۳۰۹	۲۸/۹۷ ± ۵/۳۰۲	۰/۸۷۵×
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۱/۲	۰/۹۹۸××
	دیپلم	۱۶/۸۹	
شغل	دانشگاهی	۴۳/۶۶	۰/۵۶۵××
	خانهدار	۳۳/۳۹	
درآمد	کارمند	۸۴/۵	۰/۱۵۰××
	کم‌تر از یک میلیون	۱۵/۵	
احساس طبقه اجتماعی	یک میلیون و بالاتر	۷۶/۱	۰/۵۷۱××
	پایین	۲۳/۹	
محل تولد	متوسط	۲۳/۹	۰/۳۷۰××
	بالا	۷۴/۶	
سابقه سقط و مرده زایی	شهر	۸۰/۳	۰/۴۴۸××
	ارومیه	۱۹/۷	
سابقه نازایی	دارد	۳۳/۹	۱/۰۰۰××
	ندارد	۷۶/۱	
	دارد	۴/۲	
	ندارد	۹۵/۸	

chi square×× t – test ×

از علل گرایش به سزارین را عدم تغییر کیفیت روابط زناشویی عنوان نمودند. ۳۲/۴ درصد مادران معتقد بودند با سزارین مدت زمان زایمان کوتاه خواهد شد. ۲۶/۸ درصد مادران معتقد بودند که زمان زایمان با سزارین دقیق خواهد بود. ۸/۵ درصد مادران به علت توبکتومی خواهان سزارین بودند. ۲۵ درصد افراد میل شخصی را جهت سزارین عنوان کرده بودند.

با توجه به داده‌های جدول شماره ۱ از نظر مشخصات دموگرافیک و سوابق مامایی انجام آزمون‌های t-test و کای اسکوئر اختلاف معنی دار آماری بین دو گروه کنترل و مداخله وجود نداشت.

اکثریت مادران میزان اطلاع خود را از عوارض بارداری متوسط ذکر کرده بودند. در گروه کنترل از علل گرایش به سزارین ۵۹/۲ درصد مادران ترس از درد، ۴۶/۶ درصد مادران ترس از معاینه، ۳۵/۲ درصد مادران تجربه ناخوشایند از زایمان قبلی، ۴۶/۵ درصد مادران فشار روانی و اضطراب، ۵۳/۲ درصد مادران پیشگیری از پارگی و شلی دستگاه تناسلی، ۵۴/۳ درصد ترس از سلامت جنین را ذکر نمودند. فقط ۱۸/۳ درصد مادران عنوان کردند که به علت پیشنهاد همسر خواهان سزارین هستند. ۳۱/۸ درصد با توصیه پزشک، ۳۱/۸ به علت پیشنهاد خانواده خواهان سزارین بودند. ۳۶/۶ درصد مادران

جدول (۲): مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات نگرش نسبت به شیوه زایمان در گروه‌های مورد مطالعه

گروه کنترول	گروه مداخله	سطح معنی‌داری
۴۷/۰۱ ± ۱۲/۰۵	۴۸/۲۱ ± ۱۰/۹۳	P value = ۰/۵۴
۴۵/۶۱ ± ۱۱/۸۰	۲۹/۴۴ ± ۷/۵۱	P value = ۰/۰۰۰

T-test

اساس مدل قصد رفتاری در شهرستان خمینی شهر صورت گرفت تفاوت معنی‌داری در زمینه آگاهی، ارزیابی از نتایج، نگرش و قصد بعد از مداخله بین گروه شاهد و مورد نشان داد ($p < ۰/۰۰۱$). بر اساس این مطالعه آموزش در افزایش میزان آگاهی، ارزیابی از نتایج، نگرش، تقویت قصد زنان باردار و عملکرد آنان مؤثر بوده است (۳۳).

در مطالعه که در سال ۸۸ توسط غفاری و همکاران باهدف بررسی آموزش مبتنی بر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و کاهش میزان سزارین در زنان باردار در شهرستان نورآباد صورت گرفت نشان داد که افزایش آگاهی و نگرش‌های زنان باردار در زمینه زایمان موفق بوده است ولی آن‌ها نتیجه‌گیری کردند که با توجه به این که در انتخاب نوع زایمان عوامل متعددی دخیل هستند و افزایش آگاهی و نگرش به‌طور حتم منجر به انجام عملکرد مطلوب توسط فرد نمی‌شود، استفاده هم زمان از الگوهای دیگری که بر سیاست گذاری‌های بهداشتی و نرم‌های انتراعی و ... تأثیر بگذارند، می‌تواند کارآیی این الگو را افزایش دهد (۳۴).

مطالعات دیگری نیز در این زمینه وجود دارند که تأثیر مثبت آموزش‌های گروهی و فردی را در قالب کلاس‌های زایمان فیزیولوژیک ویا تئوری‌های آموزش بهداشت بر دانش و نگرش زنان باردار در رابطه با نوع زایمان نشان می‌دهد (۳۵-۳۶) اما شواهد نشانگر آن است که تغییرات کمی در روند عملکرد زنان در انتخاب نوع زایمان وجود دارد. لازم است مطالعات بیشتری با تأکید بر تأثیر مداخلات مناسب بر عملکرد مادران در انتخاب نوع زایمان انجام بگیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مدیریت محترم تأمین اجتماعی ارومیه و از کلیه مادران شرکت کننده در این طرح و عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یار دادند تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

- Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham F. Williams gynecology: McGraw Hill Professional; 2012.

این جدول نشان می‌دهد که میانگین نمرات در گروه کنترول در پس‌آزمون ۴۵/۶۱ و در گروه مداخله ۲۹/۴۴ می‌باشد که طبق آزمون تی مستقل اختلاف میانگین نمرات دو گروه پس از مداخله از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد. پس مداخله آموزشی از نظر تغییر نگرش مؤثر بوده است. ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش تأثیر آموزش بر نگرش مادران باردار نسبت به شیوه زایمان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان‌دهنده تأثیر آموزش بر نگرش مادران نسبت به شیوه زایمان می‌باشد.

بشارتی و همکاران (۲۷) بالدوین (۲۸)، گنجی (۲۹)، رحیمی کیان (۳۰) و بنی عقیل و خدام (۳۱) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که آموزش می‌تواند بر آگاهی و دانش افراد تأثیر مثبتی داشته باشد که در آموزش گروهی بیشتر از آموزش فردی می‌باشد که احتمالاً به علت افزایش انگیزش در روش گروهی می‌باشد

از انجایی که شرکت در کلاس‌های آموزشی می‌تواند باعث افزایش آگاهی در این زمینه شود و کسب آگاهی زمینه تغییر نگرش را در فرد باعث می‌شود می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که افزایش آگاهی زنان باردار در کلاس‌های آمادگی برای زایمان در این مطالعه به‌واسطه افزایش آگاهی توانسته نگرش زنان باردار را تغییر دهد.

نتایج مطالعه مرادآبادی و همکاران با عنوان تأثیر برنامه آموزشی بر میزان آگاهی و ترجیح نوع زایمان در زنان نخست‌زا در سال ۹۳ در بندر عباس نشان داد که طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی پیوسته و سیستماتیک توسط کارکنان بهداشتی تأثیر بسزایی در زمینه تشویق مادران باردار به انجام زایمان طبیعی و کاهش سزارین داشت. (۳۲) یکی از مطالعات همسوی این پژوهش که توسط زهره فتحیان و همکاران در سال ۱۳۸۵ باهدف بررسی تأثیر آموزش بر آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی بر

- Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with

- caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007;335(7628).
3. Hildingsson I. How much influence do women in Sweden have on caesarean section? A follow-up study of women's preferences in early pregnancy. *Midwifery* 2008;24(1):46-54.
 4. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG* 2008;115(3): 324-31.
 5. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. *Williams Obstetrics 24/E*. E: McGraw Hill Professional; 2014.
 6. O'Dwyer V, Hogan JL, Farah N, Kennelly MM, Fitzpatrick C, Turner MJ. Maternal mortality and the rising cesarean rate. *Int J Gynaecol Obstet* 2012 Feb; 116(2): 162-4.
 7. DeCherney A, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N, Roman A. *Current diagnosis & treatment obstetrics & gynecology*: McGraw Hill Professional; 2012.
 8. Kjrgaardab H, Wijmac K, Dykesb A, Alehagen S. Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *J Reprod Infant Psychol* 2008;26(4): 340-50.
 9. Danforth DN, Gibbs RS. *Danforth's obstetrics and gynecology*: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
 10. Azizi M, Salari P. C-section in request: an ethical approach. *Iran J Med Ethics History Med* 2009;2(2): 55-66.
 11. TorkZahrani S. Commentary: childbirth education in Iran. *J Perinatal Educ* 2008;17(3): 51.
 12. Bahadori F, Hakimi S, Heidarzade M. The trend of caesarean delivery in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2013;19: S67-70.
 13. Rabiepour S, Mesgarzadeh M. The study of some interventions during labor in pregnant women who delivered in some west Azerbaijan HospitalsT. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015;13(1): 90-9.
 14. Hildingsson I, Thomas J. Women's perspectives on maternity services in Sweden: processes, problems and solutions. *J Midwifery Women's Health* 2007;52(2): 126-33.
 15. Ryding E, Wirfelt E, Wångborg I, Sjögren B, Edman G. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(7): 814-20.
 16. Rubertsson C, Hellström J, Cross M, Sydsjö G. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Women's Mental Health* 2014;17(3): 221-8.
 17. Darvishi E, Mortazavi S, Nedjat S, Holakouie Naieni K. Experiences of women and gynecologists on the choice of delivery method: a qualitative research. *J Health Sys Res* 2012;8: 59-68.
 18. Boskabadi H, Zakerihamidi M, Bagheri F. Outcomes of vaginal delivery and cesarean in Mashhad Ghaem University Hospital. *Tehran Univ Med J* 2014;71(12): 807-15.
 19. Negahban T, Ansari A. Does fear of childbirth predict emergency cesarean section in primiparous women? *Hayat* 2009;14(4): 73-81.
 20. Rastegari L, Mohebbi P, Mazlomzadeh S. The Effect of Childbirth Preparation Training Classes on Perceived Self-efficacy in Delivery of Pregnant Women. *ZUMS* 2013;21(86): 105-15.
 21. Karlsen S, Say L, Souza J-P, Hogue CJ, Calles DL, Gülmezoglu AM, et al. The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Public Health* 2011;11(1): 606.
 22. Declercq E, Young R, Cabral H, Ecker J. Is a rising cesarean delivery rate inevitable? Trends in industrialized countries, 1987 to 2007. *Birth* 2011;38(2): 99-104.
 23. Pallasmaa N, Ekblad U, Gissler M. Severe maternal morbidity and the mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(6): 662-8.

24. Howarn C. Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in Thai primiparas: ProQuest; 2008.
25. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery* 2010;26(4): 394-400.
26. Besharati F, Hazavehei S, Moeini B, Moghimbeigi A. Effect of educational interventions based on theory of planned behavior (TPB) in selecting delivery mode among pregnant women referred to rasht health centers. *ZUMS* 2011;19(77): 94-106.
27. Novick G, Sadler LS, Kennedy HP, Cohen SS, Groce NE, Knafl KA. Women's experience of group prenatal care. *Qualitative health research*; 2010.
28. Sharifirad GR, Fathian Z, Tirani M, Mahaki B. Study on behavioural intention model (BIM) to the attitude of tribermen towards family planning. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2002;12(37):67-75.
29. Rahimikian F, Mirmohamadali M, Mehran A, Aboozari Ghforoodi K, Salmaani Barough N. Effect of education designed based on health belief model on choosing delivery mode. *Hayat* 2009;14(4): 25-32.
30. Sarayloo K, Moghadam ZB, Mansoure JM, Mostafa H, Mohsen S. The impact of an educational program based on BASNEF model on the selection of a contraceptive method in women. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2015;20(2): 171.
31. Safari Moradabadi A, Hassani L, GHanbarnejad A, Madani A, Rajaei M, Dadipoor S. The Effect of Education on Knowledge and Preferred Method of Delivery in Nulliparous Women. *Eprints* 2014;16(1): 74-83.
32. Fathian Z, Sharifirad GR, Hasanzadeh A, FATHIAN Z. Study of the effects of Behavioral Intention Model education on reducing the cesarean rate among pregnant women of Khomeiny-Shahr, Isfahan, in 2006. *Tabib-e-shargh* 2007;9(2): 123-31.
33. Ghaffari M, Sharifirad G, Akbari Z, Khorsandi M, Hassanzadeh A. Health belief model-based education & reduction of cesarean among pregnant women: An interventional study. *Health Sys Res J* 2011;7(2): 200-8.
34. Gahremani J, valizadehberoz M. Evaluating the role of pregnant women participation in prenatal education classes in choosing the type of delivery in Zanjan hospital. *J Urmia Nurs Midwifery* 2016; 14(7).
35. Asefi F, Delaram A, Kazemian A, Bahadoran P. The effect of pregnant women attending in childbirth preparation classes on their attitude toward mode of delivery. *J Clin Nurs Midwifery*. 2016; 5(3): 44-52.
36. Tofighi Niaki M, Behmanesh F, Mashmuli F, Azimi H. The effect of prenatal group education on knowledge, attitude and selection of delivery type in primiparous women. *Iran J Med Educ* 2010;10(2):124-130.

THE EFFECT OF CHILDBIRTH PREPARATION TRAINING CLASSES ON ATTITUDE OF WOMEN TOWARDS THE DELIVERY METHOD

Soheila Rabiepoor¹, Parinaz Alipoor², Maryam Mesgarzadeh³, Ebrahim Shirzadeh⁴

Received: 20 May, 2017; Accepted: 5 Aug, 2017

Abstract

Background & Aims: The childbirth is one of the most crucial and important services provided by health care systems in all societies and like any other services, it should be provided in a proper way, with a lower cost and least physical-psychological complications. The choice of delivery type has a great impact on these kinds of physical and psychological complications. This research is a quasi-experimental study to determine the effect of education on the opinion of pregnant women in choosing the method of delivery. This study has been conducted among pregnant women admitted to the Fatemeh polyclinic in Urmia in 2015.

Materials & Methods: In this study, after approval of the ethics committee and obtaining the required permits, 160 pregnant women admitted to the Polyclinic Fatemiyeh in Urmia who fulfilled the inclusion criteria were chosen using convenience sampling, and they were divided randomly into two equal groups: intervention (education) and control (non-education) groups. To collect the data, a two-part self-administered questionnaire was utilized which had been previously prepared by the researcher and it included the personal information as well as the mindset assessment. The first part included demographic questions (26 questions) and mindset assessment on cesarean section (containing 15 items with Likert scale). The validity of this measurement tool and reliability of the results were determined by Content Validity and Cronbach's alpha methods, respectively. After completing the questionnaires, the data collected was entered into SPSS version 20, using descriptive statistics and chi-square tests were analyzed.

Results: The mean age of pregnant women used as subjects were 29.04 ± 5.31 . Statistically, no significant difference in demographic characteristics between the two groups was observed. Pregnant mothers' opinion about labor practices in both intervention and control groups before the educational intervention showed no significant difference with $Pvalue=0.536$. The post-test scores were 45.61 in the control group and 29.44 is in the intervention group. With independent t-test, the difference of the mean scores of two groups after the intervention is statistically significant ($Pvalue < 0.001$).

Conclusion: The results of this study showed that training can impact the pregnant women's mindset and can change their opinion about cesarean section from a positive to a rather negative point of view. Therefore, it is recommended that the relevant authorities consider the necessary policy and plans to provide courses on preparation for childbirth, and also improve the quantity and quality of existing courses.

Keywords: Education, Attitude, Method of Delivery, Maternal

Address: Urmia medical science university, nursing and midwifery faculty

Tel: (+98) 4432754964

Email: mesgarzadeh2005@yahoo.com

¹ Associate professor of Midwifery, Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² MA in Consultation on Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Instructor of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

⁴ ENT, Treatment Management, Social Security Organization, West Azarbaijan Province