

تأثیر آموزش گروهی به همراه مبتنی بر نظریه بندورا بر قصد انتخاب نوع زایمان در زنان باردار: یک کار آزمایی بالینی

ناهید ملکی^۱، منصوره افضلی^۱، محدثه بخشی^۲، زهرا جمال افروز^۳، سکینه صدیقی^۴

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
۲. گروه مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.
۴. گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۳/۱۰/۰۱

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۱۰/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: آموزش به همراه و داشتن یک حامی آگاه برای مادران باردار، می تواند نقش کلیدی در کاهش ترس از زایمان طبیعی و کاهش تمایل به زایمان سزارین داشته باشد. با توجه به شیوع بالای سزارین و یافته های ضدونقیض درباره پیامد مشارکت دادن همراه در آموزش های حین بارداری؛ لذا، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش به همراه بر قصد انتخاب نوع زایمان در زنان باردار انجام شد.

روش ها: این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی بر روی ۶۰ مادر باردار نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان ام البنین مشهد و همراهان آن ها انجام شد. شرکت کنندگان به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. برای گروه کنترل (۳۰ نفر)، کلاس های آمادگی زایمان طی ۸ جلسه برگزار شد. برای گروه مداخله (۳۰ نفر)، علاوه بر این جلسات، دو جلسه مشترک برای مادر و همراه و دو جلسه جداگانه برای همراهان بر اساس نظریه بندورا برگزار گردید. قبل و پس از مداخله، پرسش نامه های ویژگی های دموگرافیک و انتظار پیامد زایمان (لوئی، ۱۹۹۳) توسط هر دو گروه تکمیل شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شدند و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج: میانگین سن مادران گروه مداخله $26/7 \pm 8/3$ و گروه کنترل $28/3 \pm 5/9$ سال بود. قبل از مداخله هیچ یک از مادران مورد مطالعه در دو گروه قصد زایمان طبیعی نداشتند. بعد از مداخله در گروه مداخله ۲۸ نفر (۹۳/۳ درصد) و در گروه کنترل ۲۰ نفر (۶۶/۷ درصد) از مادران قصد زایمان طبیعی داشتند ($P=0/010$).

نتیجه گیری: آموزش به همراه، موجب ارتقای سطح توانمندی، انتظار پیامد مثبت و قصد انجام زایمان طبیعی در مادران می گردد لذا استفاده از آن به عنوان یک روش آموزشی به منظور آمادگی برای زایمان پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها:

زایمان طبیعی، آموزش
پره ناتال، همراه، قصد
زایمان، نظریه بندورا

تمامی حقوق نشر برای
دانشگاه علوم پزشکی
تربت حیدریه محفوظ
است.

مقدمه

بارداری پدیده‌ای فیزیولوژیک است و پایان آن یعنی زایمان، حادثه‌ای است که با ترس، نگرانی و حتی وحشت از مرگ همراه است (۱). در بیشتر موارد، زایمان به شیوه طبیعی ایمن‌ترین روش زایمان هم برای مادر و هم برای نوزاد است؛ اما گاهی اوقات به علل پزشکی امکان‌پذیر نیست و سزارین می‌تواند به عنوان یک اقدام ضروری برای حفظ سلامت مادر و نوزاد انجام شود (۲). یکی از دلایل افزایش میزان سزارین، علل غیر طبی و درخواست مادران است. بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی، در هیچ منطقه‌ای از دنیا میزان زایمان سزارین نباید بیش از ۱۵ درصد باشد، درحالی‌که زایمان سزارین در ایران، ۳-۴ برابر استاندارد جهانی است و حدود ۶۵-۵۰ درصد می‌باشد و عمدتاً بدون اندیکاسیون‌های طبی و به صورت انتخابی بوده است (۴، ۳). از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند باعث شود تا مادران به انجام سزارین گرایش پیدا کنند، این است که زنان درد زایمان را خارج از توان خود می‌پندارند. اساساً چنین زنانی سزارین را صرفاً برای اجتناب از زایمان طبیعی درخواست می‌کنند و این درخواست از حس توانمندی پایین آنان در انجام زایمان طبیعی حاصل می‌شود (۵). خودکفایتی که از سازه‌های نظریه شناختی اجتماعی بندورا است، باور و اطمینان فرد در توانایی خود برای انجام کاری است. بر اساس تئوری بندورا، خودکارآمدی تحت تأثیر چهار منبع اطلاعاتی اصلی قرار می‌گیرد:

۱. دستاوردهای عملکردی (برای مثال تجربه پیشی)؛
 ۲. تجربه‌های نیابتی یا جانشینی (برای مثال مشاهده زنان دیگر)؛
 ۳. متقاعدسازی کلامی (برای مثال تشویق از سوی افراد مؤثر چون دوستان، خانواده و مشاوره‌های پیشینی)؛
 ۴. پاسخ‌های فیزیولوژیکی (برای مثال خستگی، استرس، اضطراب) (۶-۹).
- خودکفایتی کم می‌تواند انگیزش را نابود و با توانایی شناختی تداخل کند و تأثیر نامطلوبی بر سلامت جسمی-روانی بگذارد.

در مقابل، افرادی که خودکفایتی بالایی دارند، معتقدند که می‌توانند به‌طور مؤثری با رویدادها و شرایطی که مواجه می‌شوند، برخورد کنند (۱۰). از دیدگاه بندورا، خودکارآمدی به داشتن مهارت مربوط نمی‌شود، بلکه به داشتن باور انجام کار در موقعیت‌های مختلف زندگی اشاره دارد. یکی از این موقعیت‌های خاص، زایمان است (۱۱). از آنجاکه مراقبت مداوم حین زایمان باعث کاهش پیامدهای مادری و نوزادی زایمان می‌شود و همچنین حمایت خانواده و مشارکت دادن آنان در شناخت خطرات و نیازهای بیمار می‌تواند به بهبود عملکرد و تغییر رفتار وی کمک کند، در همین راستا، در کشورهای توسعه‌یافته، در ۹۵ درصد موارد، زائو مورد حمایت همسر و یا سایر اعضای خانواده قرار می‌گیرد (۱۱، ۱۲). ضمن اینکه برخی مطالعات نشان داده‌اند، در زنانی که احساس امنیت بیشتری می‌کنند، درد به شکل مناسبی کنترل می‌شود و پیشرفت زایمان تسهیل می‌گردد (۱۱، ۵). صفدری و همکاران (۲۰۱۴) طی یک مطالعه کارآزمایی بالینی روی زنان نخست‌زا به مشارکت دادن همسر بعنوان همراه در دو جلسه از آموزش‌های حین بارداری پرداختند و تأثیر آن را بر ترس از زایمان و پیامدهای زایمانی موردبررسی قرار دادند، نتایج نشان داد که از نظر پیامدهای بارداری و ترس زایمانی، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد ($P > 0.05$) (۱۲).

مروری بر مطالعات نشان می‌دهد که درباره به‌کارگیری حمایت شریک کردن اعضای خانواده در آموزش و پیامد حضور آنان در فرایند زایمان، نتایج ضدونقیضی وجود دارد، وجود افراد ناراضی در گروه حمایت‌شده و اینکه حمایت خانواده یا دوستان به هنگام زایمان همیشه تجربه‌ای مثبت نبوده، از شواهد این امر است (۱۱-۱۶).

در مطالعه هوهارن^۱ بیان شد که حضور اعضای خانواده در کلاس‌ها، سازگاری زنان با درد زایمان را افزایش می‌دهد و از ترس آنان می‌کاهد؛ اما بر انتخاب نوع زایمان و مدت لیبر

¹ Howharn, Chularat

استرس‌هایشان را دارد (۱۱) و به بهبود حس توانمندی مادران کمک کرده، زمینه را برای تجربه یک زایمان خوشایند فراهم می‌نماید که ازجمله اهداف مهم در ارتقای کیفیت خدمات بالینی مامایی است و خود می‌تواند بر انگیزه و انتخاب روش زایمان تأثیر بگذارد؛ بنابراین بر اساس مطالب پیش‌گفته و نتایج متناقض متون، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش به همراه بر اساس نظریه بندورا بر قصد انتخاب نوع زایمان در زنان باردار شهر مشهد طراحی و انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی (کد IRCT: 970985) روی ۶۰ مادر باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان ام‌البنین مشهد، در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ انجام گردید.

برای تعیین حجم نمونه در یک مطالعه کارآزمایی بالینی، نیاز به اطلاعاتی از جمله سطح معنادار (α)، قدرت آزمون (β)، اندازه اثر (Effect Size) و مقادیر مورد انتظار در گروه‌های کنترل و مداخله داریم. در اینجا با در نظر گرفتن خطای ۵ درصد و توان و اندازه اثر ۸۰ درصد؛ حجم نمونه مورد نیاز در هر گروه حدود ۲۵ نفر برآورد شد. در نهایت با در نظر گرفتن حدود ۱۵ درصد ریزش نمونه، حداقل حجم نمونه ۶۰ نفر (۳۰ نفر در هر گروه) در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times \sigma^2}{d^2}$$

حجم نمونه به‌صورت در دسترس، بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و به‌صورت تصادفی، در دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و گروه کنترل (۳۰ نفر)، به روش بلوک‌بندی قرار گرفتند؛ بدین‌صورت که بلوک‌ها بر اساس متغیرهای دموگرافیک تشکیل شد و در هر بلوک، نیمی از افراد آزمون و نیمی به‌عنوان کنترل لحاظ گردیدند.

معیارهای ورود به مطالعه رضایت شرکت در پژوهش، سن ۱۸ تا ۳۵ سال، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، سن بارداری ۲۰ تا ۳۷ هفته، بارداری تک‌قلو، نبود موانع شناخته‌شده زایمان طبیعی، نداشتن بارداری پرخطر نظیر

تأثیری ندارند (۱۷). در گزارشی جیمز و همکاران اذعان داشتند که، سطح اضطراب مادران با دریافت حمایت و حضور همراه کاهش‌یافته؛ اما تفاوتی از نظر نوع زایمان، طول مرحله اول و دوم، صدمات پرینه و آپگار نوزاد در میان مشارکت‌کنندگان مشاهده نشد (۱۸). در مطالعه بوهرن^۲ و همکاران بیان گردید که آموزش و حضور همراه در زنان احساس امنیت بیشتری ایجاد می‌کند، درد به شکل مناسبی کنترل می‌شود و پیشرفت زایمان در مادر تسهیل می‌گردد (۱۹).

روی‌هم‌رفته شواهد نشان داده‌اند که آموزش به همراه مادر باردار می‌تواند در افزایش آگاهی و دانش این افراد برای حمایت مطلوب‌تر، مؤثر باشد (۲۰)؛ اما میزان پیشرفت زایمان و رضایتمندی مادر از تجربه زایمان متفاوت بود (۱۹)؛ برخی افراد احساس خوشایند کمتری (۴) و برخی دیگر احساس نارضایتی کمتری نسبت به زایمان داشتند (۱۲).

با توجه به آمارهای موجود و میزان بالای زایمان سزارین در ایران و نیز نتایج ضدونقیض مطالعات در خصوص حضور همراه، آموزش به همراهی و داشتن یک حامی آگاه و قابل‌اعتماد برای مادر باردار می‌تواند نقش کلیدی در افزایش توانمندی آنان برای سازگاری با زایمان (۲۱)، کاهش ترس از زایمان طبیعی (۱۱) و درنتیجه، کاهش تمایل آنان به انجام سزارین داشته باشد؛ بنابراین، از سزارین غیرضروری و متعاقباً عوارض ناشی از آن کاسته می‌شود (۲۲).

از آنجاکه آموزش عنصر کلیدی جلب اعتماد بیمار است، زمانی اثرگذارتر می‌گردد که بر اساس الگویی مانند الگوی بندورا همراه باشد. از سویی، ارائه چنین برنامه‌ای یکی از وظایف مهم پرستاران و ماماها به‌عنوان اولین آموزش‌دهندگان و اعضای مهم گروه سلامت است که باید به بیمار و همراه وی کمک کنند تا از طریق افزایش آگاهی، به حداکثر توانمندی برسند. آموزش به همراه با طبیعت تعاملی، هدایت توسط خود، انعطاف‌پذیری و سایر ویژگی‌هایش، قابلیت فائق آمدن بر برخی از مشکلات درباره توانمند شدن مادران و نیز قابلیت انطباق فردی با

² Bohren et al

کروناخ ۰/۷ برای همه زیرمقیاس‌ها) و ثبات (آزمون مجدد ۰/۹۹) استفاده گردید. پس از کسب مجوز کمیته اخلاق دانشگاه و ارائه مجوز به مرکز آموزشی و درمانی ام‌البین، ابتدا و پیش از شروع مداخله، مادران در هر دو گروه ۳۰ تایی پرسش‌نامه قصد زایمان را تکمیل کردند؛ سپس مامای آموزش‌دیده کلاس آمادگی زایمان برای مادر باردار (گروه کنترل) از هفته ۲۰ تا ۳۷ بارداری (یک هفته در میان)، در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت شفاهی و عملی برگزار نمودند. محتوای آموزشی جلسات در جدول یک قابل مشاهده است.

اما برای گروه مداخله ضمن این جلسات، دو جلسه مشترک با همراه (مادر یا خواهر) (در جلسه پنجم و ششم) و دو جلسه به تنهایی برای همراه (جلسه سوم و چهارم) برگزار شد. محتوای آموزش درباره زایمان طبیعی، فواید آن، عوارض سزارین و روش‌های کاهش درد زایمان (غیر دارویی: ۱. تمرین‌های کششی، تن آرامی و مهارت‌های تنفسی؛ ۲. قرار گرفتن در وضعیت‌های مختلف در زمان درد؛ ۳. فشار مخالف؛ ۴. تمرکز، تجسم خلاق و انحراف فکر؛ ۵. آوا یا موسیقی؛ ۶. هیپنوتیزم؛ ۷. گرمای سطحی؛ ۸. سرمای سطحی؛ ۹. آب‌درمانی؛ ۱۰. لمس و ماساژ؛ ۱۱. طب سوزنی؛ ۱۲. طب فشاری؛ ۱۳. تحریک الکتریکی عصب از راه پوست؛ ۱۴. آروماتراپی) و روش‌های دارویی: ۱. بی‌حسی نخاعی یا اپیدورال؛ ۲. استنشاق داروی بی‌دردی؛ ۳. تزریق داروی بی‌دردی) بود.

آموزش برای مادر باردار و همراه خانم بر اساس هر چهار سازه نظریه بندورا شامل ۱. تجربه موفق (خانمی که زایمان موفق در حضور همراه را داشته است)، ۲. تجربه جانشینی (با پخش فیلم زایمان در حضور همراه)، ۳. تشویق کلامی از طریق آموزش به همراه خانم (مانند جملات «تو می‌تونی زایمان داشته باشی»، «من تو رو حمایت می‌کنم» و...)، ۴. ارتقای سلامت فیزیکی و روانی مادر (با حضور همراه خانم در کنار مادر باردار و حمایت وی) انجام گردید و بازخورد یادگیری از هر دو گروه مادران به عمل آمد. بلافاصله پس از پایان برنامه آموزشی، دوباره پرسش‌نامه‌ها از سوی دو گروه مداخله و

پره‌اکلامپسی، جفت سرراهی و... نخست را بودن، نداشتن سابقه شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان و نداشتن مشکل در برقراری ارتباط بودند. شرکت‌کنندگان در صورت نارضایتی از ادامه همکاری، غیبت بیش از یک جلسه و بیشتر در کلاس‌ها و قادر نبودن به ادامه برنامه به علت بیماری، از مطالعه خارج می‌گردیدند. در رابطه با ملاحظات اخلاقی، مجوز از کمیته اخلاق (IR.MUMS.NURSE.REC.1397.084) دانشگاه علوم پزشکی مشهد اخذ شد. ابزارهای استفاده‌شده در این مطالعه شامل فرم انتخاب واحد پژوهش (فرم معیارهای ورود و خروج)، فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی، فرم جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک و بخش انتظار پیامد از پرسش‌نامه لوئی بودند.

همه شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه آگاهانه را پر کردند. فرم جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک شامل دو بخش: الف. مشخصات مادر (شامل سه سؤال سن، تحصیلات، شغل) و ب. مشخصات همراه با پنج سؤال (سن، تحصیلات، شغل، نوع زایمان، نسبت با مادر)، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. برای بررسی قصد زایمان، از بخش انتظار پیامد پرسش‌نامه (لوئی، ۱۹۹۳)^۲ (CBSEI) استفاده شد که ۱۷ سؤال برای سنجش انتظار پیامد و قصد زایمان دارد. در این پرسش‌نامه، پاسخ سؤالات به صورت طیف لیکرت ده‌تایی (کاملاً نامطمئن = ۱ تا کاملاً مطمئن = ۱۰) است. به این ترتیب، امتیازها دامنه ۱۷ تا ۱۷۰ را شامل می‌شود. نمره بیشتر نشان‌دهنده انتظار پیامد بیشتر است. برای تعیین روایی ابزارهای پژوهشگر ساخته (پرسش‌نامه دموگرافیک)، از روایی محتوا استفاده شد. برای بررسی روایی صوری و روایی محتوایی پرسش‌نامه قصد زایمان، این پرسش‌نامه به ۷ نفر از متخصصان مربوطه (اعضای هیئت علمی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد) داده شد (CVR^۴ = ۰.۷۵ و CVI^۵ = ۰.۸۰). برای بررسی پایایی پرسش‌نامه قصد زایمان، از دو شیوه همسانی درونی (ضریب آلفای

^۳ validating the Childbirth Self-Efficacy Inventory

^۴ Content Validity Ratio

^۵ Content Validity Index

SPSS.16 تجزیه و تحلیل گردید. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

کنترل تکمیل شد. این پژوهش بصورت دوگروهی دومرحله‌ای ارزیابی گردید و از آزمون‌های کای اسکور، آزمون تی مستقل و تی زوجی استفاده شده است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار

جدول ۱: محتوای آموزشی جلسات کلاس‌های آمادگی زایمان

شماره جلسه	محتوای آموزشی جلسات
اول	آموزش بهداشت فردی و سازگاری با تغییرات دوران بارداری
دوم	تغذیه در دوران بارداری و چگونگی مصرف مواد غذایی
سوم	بهداشت روان، نقش همسر و تغییرات خلق و خو در بارداری
چهارم	علائم هشدار و تشخیص دردهای طبیعی و غیرطبیعی بارداری
پنجم	برنامه‌ریزی برای زایمان و انتخاب نوع زایمان
ششم	آشنایی با علائم زایمانی دردهای زایمانی
هفتم	بهداشت پس از زایمان و ورزش‌های پس از زایمان
هشتم	مراقبت از نوزاد، آموزش شیردهی و علائم خطر نوزادی

نتایج

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، قبل از مداخله هیچ یک از مادران مورد مطالعه در دو گروه قصد زایمان طبیعی نداشتند. بعد از مداخله در گروه مداخله ۲۸ نفر (۹۳/۳ درصد) و در گروه کنترل ۲۰ نفر (۶۶/۷ درصد) از مادران مورد مطالعه دارای قصد زایمان طبیعی بودند. با توجه به نتایج بدست آمده از آزمون کای اسکور تفاوت آماری معناداری در توزیع فراوانی افراد بر حسب قصد زایمان طبیعی در دو گروه، بعد از مداخله بدست آمد ($P=0/010$). (جدول ۴).

یافته‌های این پژوهش نشان داد، دو گروه مداخله و کنترل از نظر سن، تحصیلات، شغل، سطح درآمد، نوع بیمه، تعداد بارداری و زایمان، نوع زایمان و نسبت فرد همراه، تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند و باهم همگن بودند (جدول‌های ۲ و ۳). همه مادران مطالعه‌شده سن حاملگی ۲۰ تا ۳۲ هفته داشتند. مادران در دو گروه مداخله و کنترل از نظر سن همگن بودند (جدول ۲). دو گروه مداخله و کنترل از نظر سایر ویژگی‌های دموگرافیک خود و همراه نیز همگن بودند (جدول ۳).

جدول ۲: مقایسه میانگین سن مادران در دو گروه مداخله و کنترل

P*	df	t	گروه		متغیر
			کنترل	مداخله	
			انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
۰/۴۰۳	۵۲	-۰/۸	۲۸/۳ $\pm$ ۵/۹	۲۶/۷ $\pm$ ۸/۳	سن مادر (سال)
۰/۸۸۶	۵۸	-۰/۱	۳۳/۸ $\pm$ ۸/۶	۳۳/۵ $\pm$ ۷/۵	سن فرد همراه (سال)

*معناداری در سطح $P \leq 0.05$ ، آزمون تی مستقل.

جدول ۳: مقایسه توزیع فراوانی نمونه پژوهش برحسب ویژگی‌های دموگرافیک مادر و همراه در دو گروه مداخله و کنترل

P*	Z	کای اسکوائر	گروه		متغیر	
			کنترل	مداخله		
			(درصد) تعداد	(درصد) تعداد		
۰/۲۳۶	-۱/۲	-	۲ (۶/۷)	۶ (۲۰/۰)	متوسطه	تحصیلات مادر
			۱۹ (۶۳/۳)	۱۷ (۵۶/۷)	دیپلم	
			۹ (۳۰/۰)	۷ (۲۳/۳)	دانشگاهی	
۰/۰۹۸	-	۷/۸	۲ (۶/۷)	۵ (۱۶/۷)	کارمند	شغل مادر
			۲ (۶/۷)	۰ (۰/۰)	آزاد	
			۰ (۰/۰)	۱ (۳/۳)	کارگر	
			۰ (۰/۰)	۳ (۱۰/۰)	دانشجو	
			۲۶ (۸۶/۷)	۲۱ (۷۰/۰)	خانه‌دار	
۰/۶۲۵	-۰/۵	-	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	خواندن و نوشتن	تحصیلات فرد همراه
			۸ (۲۶/۷)	۶ (۲۰/۰)	متوسطه	
			۱۳ (۴۳/۳)	۱۱ (۳۶/۷)	دیپلم	
			۵ (۱۶/۷)	۸ (۲۶/۷)	دانشگاهی	
۰/۳۷۵	-	۷/۱	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	کارمند	شغل فرد همراه
			۲ (۶/۷)	۰ (۰/۰)	آزاد	
			۰ (۰/۰)	۲ (۶/۷)	کارگر	
			۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	دانشجو	
			۲۱ (۷۰/۰)	۲۱ (۷۰/۰)	خانه‌دار	
			۰ (۰/۰)	۱ (۳/۳)	بیکار	
			۲ (۶/۷)	۰ (۰/۰)	سایر	
۰/۱۸۶	-	۳/۴	۱۶ (۵۳/۳)	۹ (۳۰/۰)	طبیعی	نوع زایمان فرد همراه
			۸ (۲۶/۷)	۱۲ (۴۰/۰)	سزارین	
			۶ (۲۰/۰)	۹ (۳۰/۰)	هر دو	
۰/۴۰۵	-	۰/۷	۱۱ (۳۶/۷)	۸ (۲۶/۷)	مادر	نسبت فرد همراه با مادر
			۱۹ (۶۳/۳)	۲۲ (۷۳/۳)	خواهر	
			۳۰ (۱۰۰/۰)	۳۰ (۱۰۰/۰)	کل	

*معناداری در سطح $P \leq 0.05$ ، آزمون من ویتنی و کای اسکوئر.

جدول ۴: مقایسه توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب قصد زایمان طبیعی بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون کای اسکوئر	گروه		قصد زایمان طبیعی	
	کنترل	مداخله		
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد		
$\chi^2=6.7, df=1$ $P=0.010$	۲۰ (۶۶/۷)	۲۸ (۹۳/۳)	بلی	بعد از مداخله
	۱۰ (۳۳/۳)	۲ (۶/۷)	خیر	
	۳۰ (۱۰۰/۰)	۳۰ (۱۰۰/۰)	کل	

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار مقیاس انتظار پیامد در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه		مقیاس انتظار پیامد
	کنترل، (۳۰ نفر)	مداخله، (۳۰ نفر)	
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
$t=-1.6, df=47$ $P=0.124$	۹۹/۴ $\pm$ ۳۷/۲	۸۷/۱ $\pm$ ۲۱/۹	قبل از مداخله
$t=2.2, df=50$ $P=0.033$	۱۱۴/۲ $\pm$ ۲۸/۸	۱۲۸/۰ $\pm$ ۱۹/۱	بعد از مداخله
$t=2.5, df=58$ $P=0.015$	۱۴/۷ $\pm$ ۴۸/۴	۴۰/۹ $\pm$ ۳۰/۵	تفاوت بعد از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله
	$t=-1.7, df=29$ $P=0.106$ تی زوجی	$t=-7.3, df=29$ $P<0.001$ تی زوجی	نتیجه آزمون درون گروهی

زایمان طبیعی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، افزایش یافته بود. همسو با این نتیجه، بندورا معتقد است که آنچه بر همه جنبه‌های رفتاری و فعالیت‌های هیجانی فرد از قبیل اضطراب، استرس و الگوهای فکری وی تأثیر می‌گذارد، خودکارآمدی است و به عنوان یک منبع شخصی، سازگاری را تسهیل می‌کند و از این جهت بر قصد انجام کار نیز مؤثر است. (۲۳). از سویی، زایمان یکی از موقعیت‌های استرس‌زا است. خودکارآمدی زایمان از عوامل تأثیرگذار برای مقابله با این موقعیت پراسترس و اجرای رفتارهای سازگارانه با درد زایمان است (۲۴). در این راستا، مطالعات اخیر نشان داده‌اند که

مقیاس انتظار پیامد بعد از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله، در دو گروه افزایش داشت آزمون تی مستقل این تفاوت را معنی دار نشان داد. در مقایسه درون گروهی، آزمون تی زوجی نشان داد در گروه مداخله، تفاوت بعد از مداخله معنی دار است ولی در گروه کنترل این تفاوت معنی دار نبود (جدول ۵).

بحث

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر بیان‌کننده آن است که آموزش به همراه بر اساس نظریه بندورا، بر قصد انجام زایمان طبیعی و انتخاب نوع زایمان تأثیر دارد، به طوری که قصد انجام

درباره مطالعه حاضر نیز صدق می‌کند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که پس از آموزش، افزایش معنی‌داری در سطح انتظار پیامد مثبت زنان باردار میان دو گروه مشاهده شد. همسو با نتایج مطالعه حاضر، نتایج پژوهشی تصریح می‌کند که آموزش دیدن همراه مادر باردار، از طریق افزایش آگاهی، تغییر نگرش و بهبود مهارت زوجین، برافزایش سازگاری زنان باردار و انتظار پیامد مثبت مؤثر است (۲۴). مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات آموزشی با مشارکت همسر، به‌ویژه برای زنان نخست‌زا، از طریق افزایش آگاهی، تغییر نگرش و فراهم آوردن مهارت‌های سازگاری با زایمان، موجب تسهیل دستیابی به خودکارآمدی بالا برای زایمان، کاهش ترس از لیبر و قصد انجام زایمان طبیعی می‌شود (۲۴، ۲۵). افزایش نمرات قصد انجام زایمان طبیعی در مطالعه حاضر نشان داد که زنان باردار شرکت‌کننده در کلاس‌های آمادگی برای زایمان به این باور و اطمینان درباره توانایی‌های خود رسیده‌اند که آنان قادر به انجام مهارت‌های سازگانه با لیبر در زمان زایمان هستند و حضور و مشارکت همراه مادر طی آموزش، کمک بسیاری در رسیدن به این باور برای مادر دارد. همسو با این یافته، در مطالعه کریم و همکاران، بر نقش حضور همراه در کلاس‌های آموزشی پره‌ناتال و تأثیرش در افزایش توانمندی انجام زایمان طبیعی صحنه می‌گذارند که خود عاملی مهم در انتخاب نوع زایمان و قصد به انجام زایمان طبیعی می‌باشد (۲۲). از سویی، پژوهش کشاورز و همکاران بیان می‌کند که شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان، اگرچه با دادن آگاهی و تغییر نگرش زنان نسبت به زایمان طبیعی می‌تواند باعث افزایش رضایتمندی آنان شود؛ اما مادران حضور همتایان را بیشتر ترجیح می‌دادند؛ زیرا با آنان تعامل بیشتری داشتند تا با همسر یا دیگر همراهان. این یافته تا حدودی با نتیجه پژوهش حاضر تناقض دارد (۵) وجود افراد ناراضی در گروه حمایت‌شده بیانگر آن است که حضور همراه در همه موارد نیز مفید تلقی نمی‌شود و حمایت خانواده یا دوستان به هنگام زایمان همیشه تجربه‌ای مثبت نیست که از این نظر با مطالعه حاضر هم‌راستا نیست که علت آن می‌تواند تفاوت

خودکارآمدی نقش مهمی در سازگاری با لیبر و زایمان دارد (۲۳، ۲۴) و می‌تواند انگیزه زنان باردار برای انتخاب زایمان طبیعی را تحت تأثیر قرار دهد و متناسب با میزان درک توانمندی فردی این انگیزه را افزایش یا کاهش دهد (۱۷، ۲۴). نتایج مطالعه حاضر بر تأثیر دریافت آموزش توسط همراه برافزایش میل به انتخاب زایمان طبیعی در مادران باردار صحنه می‌گذارد. همسو با آن، در مطالعه هوهارن تبیین شد که دانش و آگاهی، موجب افزایش خودکارآمدی از طریق کاهش ترس و ارتقای کنترل درک درد می‌گردد. پژوهشگران در این مطالعه به‌وضوح دریافتند که در شرکت‌کنندگان در کلاس‌های آمادگی برای زایمان که همسر به‌عنوان همراه مادر باردار حضور داشت، افزایش خودکارآمدی از طریق آمادگی شناختی و رفتاری، بر قصد انتخاب زایمان طبیعی تأثیر مثبت گذاشته و حضور همسر خود به سازگاری بیشتر با درد زایمان کمک می‌کند. یافته‌های این پژوهش از جنبه تأثیر مثبت حضور همراه بر قصد زایمان، با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۷). در پژوهش هادنت و همکاران اشاره شد که آموزش مادران و همراه قابل‌اعتماد مادر باردار نقش کلیدی در افزایش آمادگی شناختی آنان دارد و موجب سازگاری بیشتر با زایمان، کاهش ترس از زایمان طبیعی و در نتیجه، افزایش انتخاب زایمان طبیعی و طبیعتاً کاهش تمایل آنان به انجام سزارین می‌شود (۱۳) که با یافته مطالعه حاضر همسو بود. مطالعات مختلفی به سودمندی آموزش به همراه به‌عنوان یک روش آموزشی مستقل اشاره دارند و بیان می‌کنند که آموزش به همراه مادر باردار با طبیعت حمایتی و هدایت توسط همراه، از طریق انعطاف‌پذیری، اعتماد مادر به همراه و سایر ویژگی‌هایش، قابلیت فائق آمدن بر برخی از مشکلات در زمینه آموزش را دارد و می‌تواند در افزایش سطح آگاهی و دانش زنان باردار درباره زایمان، رفتارهای سازگانه با درد و به تبع آن، ارتقای سازگاری در مواجهه با شرایط استرس‌زای لیبر مؤثر باشد (۲۶-۲۴). سازوکارهای شرح داده‌شده پیشین در رابطه با نحوه تأثیر آموزش به همراه بر قصد زایمان و انتخاب زایمان طبیعی تا حدود بسیاری

خوشایندسازی زایمان طبیعی و کاهش میزان سزارین و درنهایت، ارتقای سطح سلامت مادر و خانواده در کشور برداشته شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی با کد مصوب «-۰۸۴-۱۳۹۷» و کد اخلاق IR.MUMS.NURSE.REC.1397.084 در دانشگاه علوم پزشکی مشهد است. بدین‌وسیله از حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، راهنمایی‌های ناظر پژوهش سرکار خانم امامی مقدم و همکاری صمیمانه کارکنان بیمارستان ام‌البنین مشهد، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

- (۱) مفهوم‌پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع‌آوری داده‌ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها: همه نویسندگان
- (۲) تهیه پیش‌نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: همه نویسندگان
- (۳) تأیید نهایی دست‌نوشته پیش از ارسال به مجله: همه نویسندگان

در نوع مداخله، متدولوژی مطالعات و نیز ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان باشد (۲۶). از محدودیت‌های پژوهش حاضر خروج مشارکت‌کنندگان به سبب بروز علائم پرخطر در مادر باردار و تفاوت ویژگی‌های شخصیتی مادران و همراهان در پژوهش بود که غیرقابل اجتناب است. در مقابل، این پژوهش به‌عنوان اولین مداخله انجام‌شده در ایران بود که نه تنها بر حضور همراه حین زایمان تأکید دارد، بلکه با مشارکت فعالانه همراه و نیز آموزش همراهی در کلاس‌های آمادگی زایمان، این آموزش‌ها را از حالت روتین که صرفاً مادران باردار آموزش می‌دیدند، خارج کرد و به شیوه نوین خود بر اساس چارچوب مفهومی بندورا برگزار نمود؛ بنابراین، یافته‌های این مطالعه ارزشمند و از نقاط قوت آن محسوب می‌شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع، نتایج این مطالعه نشان داد، برنامه آموزشی به همراه موجب ارتقای سطح توانمندی، پیامد انتظار مثبت و قصد به انجام زایمان طبیعی در مادران می‌گردد. آموزش به همراه و مشارکت دادن وی در کلاس‌های آمادگی برای زایمان می‌تواند برنامه‌های آموزشی را پربارتر و غنی‌تر کند؛ بنابراین، می‌توان آن را برای رسیدن به اهداف آموزشی در زمینه ارتقاء زایمان طبیعی، به‌عنوان یک روش مستقل آموزشی تلقی نمود. امید است با بهره‌گیری از این شیوه نوین آموزشی، گامی مؤثر برای

References

1. Besharati F, Hazavehei S M M, 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. *J Adv Med Biomed Res*. 2011; 19 (77):94-106.
URL: <https://journal.zums.ac.ir/article-1-1661-en.html>
2. Maleki N, Najar Mohi Abadi M, Seddighi S. The effect of companion training based on Bandura's theory on maternal self-efficacy during childbirth in Mashhad, 2018. *J. Ilam Uni. Med. Sci*. 2023; 31 (5):14-23.
URL: <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-7945-en.html>
3. Abedian Z, Navaee M, Sani HJ, Ebrahimzadeh S. Comparing two instructional methods of role playing and lecture on primigravida females, decision about type of delivery. *J Educ Health Promot*. 2017 May 5; 6:29.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_85_15
4. Gholampour S, Ghanbarpour A, Bouzari Z, Naeimi Rad M, Yazdani S. Comparison of Maternal and Neonatal Outcomes in Vaginal Birth after Caesarean Section. *J Babol Univ Med Sci* 2024; 26
<http://jbums.org/article-1-11030-fa.html>.
5. Keshavarz M, Shariati M, Jahdi F. Effects of complementary therapies on pain and labor outcomes in nuliparous women referred to delivery unit in Fatemiyeh Hospital in Shahrood city (2003-2005). *MEDICAL SCIENCES* 2008; 18 (4):245-250.
URL: <http://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-170-en.html>
6. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977 Mar; 84(2):191-215.
<https://10.1037//0033-295x.84.2.191>
7. Dai X, Dennis CL. Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. *J Midwifery Womens Health*. 2003 Sep-Oct; 48(5):350-6.
[https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(03\)00283-6](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(03)00283-6)
8. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact*. 1999 Sep; 15(3):195-201.
<https://doi.org/10.1177/089033449901500303>
9. Rajabi G.R... Reliability and Validity of the General Self-Efficacy Beliefs Scale (Gse-10) Comparing the Psychology Students of Shahid Chamrin University and Azad University of Marvdasht. *New Thoughts on Education*. 2006; 2(1-2):111-122. [Persian].
<https://Sid.Ir/Paper/86744/En>
10. Schultz D. A history of modern psychology: Academic Press; 2013.
11. Maleki-Saghooni N, Amel Barez M, Karimi FZ. Investigation of the relationship between social support and breastfeeding self-efficacy in primiparous breastfeeding mothers. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020 Sep; 33(18):3097-3102.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1568986>
12. Safdari F, Salehian T, Parvin N. The effect of spouses' educational classes held for primiparous women referring to Hajar hospital on their quality of life and pregnancy outcomes. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014; 19: S59.
<https://journals.lww.com/jnmr/fulltext/2014/19071/>
13. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during

childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; 18 (3):CD003766.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766>

14. Javad NM, Afshari P, Montazeri S, Latifi S. The effect of continuous labor support by accompanying person during labor process. *Sci Med Journal* 2008. 7; 7(1).

<https://10.1186/s13584-019-0299-3>

15. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 7(7):CD003766.

<https://10.1002/14651858.CD003766.pub6>

16. Rafiee Vardanjani L, nobakht F, Safdari Dahcheshmeh F, parvin N. The Effect of the Presence of an Attendant on Anxiety and Labor Pain of Primiparae Referring to Hajar Hospital in Shahre Kurd, 2010. *J Res Dev Nurs Midw.* 2012; 9 (1):41-50.

URL: <http://nmj.goums.ac.ir/article-1-211-en.html>

17. Howharn C. Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in Thai primiparas: The University of Texas. Austin; 2008.

URL:<http://hdl.handle.net/2152/3902>

18. James DK, Steer PJ, and Weiner CP, Gonik B. High risk pregnancy e-book: Management options-expert consult: Elsevier Health Sciences; 2010, P 17-91.

19. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jul 6;7(7):CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. PMID: 28681500; PMCID: PMC6483123.

20. 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. *Iranian Journal of Medical Education* 2010; 10 (2):124-130. [Persian].

URL: <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-1225-fa.html>

21. Bagheri A, Masoodi-Alavi N, Abbaszade F. Effective factors for choosing the delivery method among the pregnant women in Kashan. *KAUMS Journal (FEYZ).* 2012; 16, 2:146-153. [Persian].

<https://feyz.kaums.ac.ir/article-1-1428-en.html>

22. Karim F, Ghazi A, Ali T, Aslam R, Afreen U, Farhat R. Trends and determinants of ceasarean section. *Surgery Pakistan.* 2011; 16:1.

<https://10.1136/bmjopen-2018-024654>

23. Mehrabadi, M., Mortazavi, F., Rakhshani, M. H. Examining the Effect of Attending Childbirth Preparation Classes on Prepartum and Postpartum Maternal Mental Well-being Index. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research,* 2022; 4(2): 69-74.

<https://10.30699/jogcr.4.2.69>

24. Yörük S, Acikgoz A. Effect of antenatal class attendance on fear of childbirth and antenatal stress. *Rev Saude Publica.* 2023 Apr 14; 57:18.

<https://10.11606/s1518-8787.2023057004272>

25. Gao LL, Ip WY, Sun K. Validation of the short form of the Chinese Childbirth Self-Efficacy Inventory in Mainland China. *Res Nurs Health.* 2011; 34(1):49-59.

<https://10.1002/nur.20400>

26. Hamzekhani M, Hamidzadeh A, Vasegh Rsf, Montazeri A. Effect of computerized educational program on self-efficacy of pregnant women to cope with childbirth. 2014; 9:13-20.

<https://doi.org/10.22100/jkh.v9i1.407>

27. Ogunkorode A, Omolekan T, Alade MI, Adebisi SO. Perceptions and attitudes of pregnant women towards caesarean section in Ado Local Government Area, Ekiti, Southwest Nigeria. Afr J Reprod Health. 2023; 27(6s):28-35.

<https://10.29063/ajrh2023/v27i6s.4>

Investigating the effect of group training based on Bandura's theory on pregnant women's intention to choose the delivery mode: A clinical trial

Nahid Maleki¹, Mansoureh Afzali¹, Mohaddeseh Bakhshi², Zahra Jamalafrouz³, Sakineh Seddighi⁴

1. Department of Midwifery, school of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

2. Department of midwifery, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3. Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad Medical Science, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

4. Department of Nursing, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding author: Sakineh Seddighi, Department of Nursing, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.. **E-mail:** seddighis1@mums.ac.ir

Submitted: 21 December 2024

Accepted: 18 January 2025

Abstract

Background & Aim: Training, along with having an informed supporter for pregnant mothers can play a key role in reducing the fear of natural childbirth and decreasing the inclination towards cesarean delivery. With the high prevalence of cesarean sections and the conflicting findings regarding the outcomes of involving a supporter in prenatal education, this research was conducted to determine the impact of companion education on the intention to choose the type of delivery among pregnant women.

Methods: This study was conducted as a randomized clinical trial on 60 first-time pregnant mothers visiting Om al-Banin Hospital in Mashhad. Participants were selected through convenience sampling and were randomly divided into two groups: control and intervention. In the control group (30 persons), childbirth preparation classes were held over 8 sessions. In the intervention group (30 persons), in addition to these sessions, two collaborative sessions for mothers and companions and two separate sessions for companions were held based on Bandura's theory. Before and after the intervention, both groups completed demographic characteristics and childbirth outcome expectation questionnaires (Louie, 1993). The data was analyzed using SPSS version 16, and a significance level of less than 0.05 was considered.

Results: The average age of mothers in the intervention group was 26.7 ± 3.8 years, while in the control group it was 28.3 ± 5.9 years. Prior to the intervention, none of the mothers in either group had intended to have a natural birth. However, after the intervention, 28 mothers (93.3%) in the intervention group, expressed their intention to have a natural birth, compared to 20 mothers (66.7%) in the control group ($P=0.010$).

Conclusion: This suggests that training can enhance mothers' capabilities, lead to positive outcomes, and increase the intention to undergo natural childbirth. Therefore, using this method as an educational tool for childbirth preparation is highly recommended.

Keywords:

Bandura Theory,
Companion, Prenatal
Education, Natural
Childbirth, Intention

How to Cite this Article: Maleki N, Afzali M, Bakhshi M, Jamalafrouz Z, Seddighi S. Investigating the effect of group training based on Bandura's theory on pregnant women's intention to choose the delivery mode: A clinical trial. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2025;12(4):1-13.