مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه
دوره ۸. شماره ۳. پاییز ۱۳۹۹

مقاله پژوهشی

بررسی تاثیر مشاوره با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی زایمان طبیعی در زنان نخست باردار

رها شجاع[۱]، محبوبه فیروزی[۱]، محمد تقی شاکری[۲]، مهدی امیری[۳]

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری- مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: خودکارآمدی، باور فرد به انجام موفقیت آمیز رفتار است. با توجه به مطالعات، مادرانی که خودکارآمدی پایین‌تری دارند، زایمان را امری دست نیافتنی می دانند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر مشاوره با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی زایمان طبیعی در زنان نخست باردار انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۹۸_۱۳۹۷ بر روی ۷۰ زن نخست باردار ۳۲-۲۸ هفته مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر مشهد انجام شد. در گروه مداخله مشاوره با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۴ جلسه و هر هفته یک جلسه برگزار گردید و در گروه کنترل مراقبت های معمول بارداری انجام شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه مشخصات فردی- مامایی و پرسشنامه خودکارآمدی زایمان بود. خودکارآمدی زایمان، قبل و یک هفته بعد از اتمام مداخله در هفته ۳۷-۳۳ بارداری، در دو گروه اندازه گیری شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آنالیز کواریانس انجام شد. سطح اطمینان ۹۵٪ در نظر گرفته شد.

نتایج: نمرات خودکارآمدی زایمان، بعد از مداخله، در گروه مداخله۱۳/۶۷±۱۲۶/۲۵ و در گروه کنترل ۳۴/۹۱±۹۶/۲۷ بود و بین دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود داشت (P <۰/۰۰۱).

نتیجه گیری: مشاوره با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در دوران بارداری باعث افزایش خودکارآمدی زایمان طبیعی در زنان نخست باردار می شود.

کلید واژه‌ها:
خودکارآمدی، زایمان، مشاوره، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نخست باردار

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

مقدمه

زایمان یک موهبت الهی و یک فرآیند طبیعی برای تولید نسل بشر است که از بدو تولد انسان همواره ادامه داشته و دارای ابعاد مختلفی از جمله ابعاد جسمی، هیجانی، فرهنگی، روانی، اجتماعی و فیزیولوژیک است که به عنوان یک تجربه بحرانی در دوران زندگی زنان تلقی می‌شود (۱). زایمان واژینال کم عارضه ترین و ایمن ترین نوع زایمان در اکثریت موارد برای مادران باردار و جنین می باشد، اما گاهی اوقات زنان از انتخاب این روش ایمن سرباز زده و سزارین را جهت ختم بارداری خود انتخاب می کنند و این در حالی است که سازمان بهداشت جهانی میزان سزارین را تا ۱۵٪ میزان قابل قبول و مناسب می‌داند (۲). زایمان از طریق سزارین در ایران با یک شیب افزایشی از میزان ۱۹/۵٪ در سال ۱۳۵۵ به میزان ٦٤٪ در سال ۱۳۹۲ افزایش یافت (۳). اگرچه بعد از اجرای برنامه تحول سلامت و بسته ترویج زایمان طبیعی، این میزان حدود ٦/٥٪ کاهش یافت، اما باز هم میزان سزارین در ایران بیشتر از ۳ برابر، بالاتر از میزان توصیه شده سزارین از سوی سازمان جهانی بهداشت

*آدرس نویسنده مسئول: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی
آدرس پست الکترونیک:Firoozim@mums.ac.ir

(WHO) می‌باشد (٤). از نظر رفتار شناسی، خودکارآمدی مهم ترین پیش نیاز برای پیش بینی انجام رفتار در شرایط استرس زا می باشد و باور فرد نسبت به توانایی خود در انجام موفقیت آمیز رفتار در اتخاذ رفتار مهم است، بندورا در تئوری یادگیری اجتماعی خود، خودکارآمدی را با مفهوم خودباوری بیان می کند و به اطمینان فرد در مورد توانایی اش برای رفتاری در صورتی که به نتیجه مطلوب ختم شود، بیان می کند (٥).

از عوامل دخیل در اجتناب از زایمان واژینال می توان از خودکارآمدی زایمان نام برد. خودکارآمدی زایمان به باور فرد در توانایی استفاده از رفتارهای مقابله ای با درد زایمان در طی لیبر گفته می شود (٥). خودکارآمدی در این مطالعه شامل ارزیابی فرد از توانایی خود جهت مقابله با شرایط استرس زا و انجام رفتارهای ضروری در هنگام درد زایمان و لیبر می باشد، به نظر می رسد زنان بارداری که خودکارآمدی پایینی دارند زایمان طبیعی را امری دست نیافتنی تصور کنند و سزارین را جهت ختم بارداری خود انتخاب کنند از این رو خودکارآمدی نقش مهمی در انتخاب روش زایمانی در زنان باردار دارد (٦).

به اعتقاد Dilk و همکاران خودکارآمدی عامل اصلی تعیین کننده انتخاب روش زایمان است (٧). فقدان اعتماد به نفس در زایمان طبیعی و عدم سازگاری با درد زایمان طبیعی، مهم ترین دلیل برای سزارین برنامه ریزی شده است. مداخله های برنامه ریزی شده به خصوص برای زنان شکم اول از جمله فراهم کردن مهارت های سازگاری با زایمان شامل: تکنیک های تنفسی، تن آرامی، منحرف کردن فکر زائو از درد موجب دستیابی به خودکارآمدی بالا نسبت به انجام زایمان طبیعی می گردد (٨). علی پور و همکاران در پژوهش خود با عنوان بررسی تاثیر کلاس های آمادگی برای انجام زایمان طبیعی بر خودکارآمدی در سازگاری با زایمان مادران باردار انجام شد، اثربخشی این آموزش ها را نشان داد (٩).

مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy)، درمان رفتاری است که نام خود را از دو پیام اصلی دریافت می‌کند:پذیرفتن آنچه خارج از کنترل است و متعدد بودن به عملی که شرایط زندگی را بهبود می بخشد و بر خلاف رفتاردرمانی شناختی که هدف آن اجتناب از تجارب ناخوشایند درونی است، در این مدل بر پذیرش افکار تاکید می شود. مشاوره ی مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرآیند مرتبط با توجه آگاهی و تغییرات رفتاری را نشانه می‌گیرد:١- تماس با لحظه اکنون،٢- پذیرش، ٣- گسلش شناختی، ٤- خود به‌عنوان ناظر بر افکار و ایده‌ها، ٥- ارزش‌ها، ٦- عمل متعهدانه.

از آنجایی که فرآیندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جنبه عام دارند، این درمان تنها مختص به شرایطی خاص و یا گروه محدودی از مردم نمی‌شود. با آن که تعداد تحقیقات درباره مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد به شدت در حال افزایش است، اما در مجموع تعداد اندکی تحقیق در این زمینه موجود است. به همین دلیل جنبه های بسیاری از این درمان ناشناخته مانده است. در مجموع تحقیقات با روش‌های متفاوت مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد را دیدگاهی نوید بخش که برای افراد متفاوت موثر بوده است، مد نظر قرار می دهند (١٠). بطور کلی خودکارآمدی پایین و عدم انتخاب زایمان طبیعی مشکلات فراوانی را برای زنان باردار و نوزادان ایجاد می کند که با توجه به محدودیت مصرف دارو در این دوران توصیه می شود از روش های آموزشی و مشاوره ای جهت بهبود این وضعیت استفاده شود تا از عوارض مربوطه و افزایش میزان سزارین جلوگیری گردد (١١, ١٢). مشاوره و آموزش به مادران در سنین باروری و به خصوص در دوران بارداری یکی از ٤ اصل ارائه مراقبت مامایی می باشد و ماما به عنوان فردی مسئول در ارائه این مراقبت ها نقشی اساسی در حمایت و مشاوره دارد (١٣). مشاوره با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به دو روش فردی و گروهی قابل اجرا است و علاوه بر اینکه باعث تغییر رفتار می شود به مراجع کمک می کند، آگاهی خود را نسبت به رفتارش بالا ببرد (١٤).

با توجه به تاثیر خودکارآمدی بر سلامت مادران و نوزادان و ایجاد زندگی غنی و با معنا توسط مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مشاوره با رویکرد مبتنی

بر پذیرش و تعهد برترس و نگرش در زنان نخست باردار در مراکز خدمات جامع سلامت شهر مشهد انجام شده است.

روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی (با کد IRCT20180901040916N1) بوده که در سال ۹۸-۱۳۹۷ بر روی ۷۰ زن نخست باردار مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر مشهد انجام شد. نمونه گیری به روش چند مرحله-ای انجام شد به این صورت که ابتدا به صورت تصادفی و با استفاده از قرعه کشی از مراکز پنج گانه خدمات جامع سلامت شهر مشهد دو مرکز خدمات جامع سلامت شماره ۱ و ۳ انتخاب شدند و در مرحله بعد با استفاده از قرعه کشی ۲ مرکز تحت پوشش از مرکز بهداشت شماره ۱ و ۲ مرکز تحت پوشش از مرکز بهداشت شماره ۳ انتخاب شدند، سپس در درون هر مرکز نمونه گیری به روش آسان و در دسترس انجام شد. در هر مرکز یک گروه کنترل و یک گروه مداخله با تخصیص تصادفی ساده با استفاده از سایت Randomaize.com انتخاب شدند. به این صورت که اعداد به افراد اختصاص داده شد و با استفاده از قرعه کشی به افرادی که عدد زوج تعلق گرفت در گروه کنترل و به افرادی که عدد فرد تعلق گرفت در گروه مداخله قرار گرفتند. پژوهشگر پس از تایید پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد و با ارائه معرفی نامه کتبی از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و کسب اجازه از مسئولین مراکز منتخب و پس از بیان اهداف مطالعه و کسب رضایت زنان باردار و گرفتن رضایت نامه کتبی از آن ها و با درنظر گرفتن کدهای اخلاقی اقدام به نمونه گیری و انجام پژوهش کرد. حجم نمونه با استفاده از مطالعه مقدماتی با تعداد ۲۰ نفر(در هر گروه ۱۰ نفر) محاسبه شد. حجم نمونه با توجه به مطالعات مشابه در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۰/۸ (با استفاده از فرمول میانگین ها)، حجم نمونه نهایی در هر گروه ۳۵ نفر محاسبه شد (۱۵). معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی و ساکن شهر مشهد، حداقل سواد خواندن و نوشتن، سن ۳۵-۱۸ سال، سن بارداری ۳۲-۲۸، بارداری تک قلو و کم خطر و نمایش سر در سونوگرافی، نخست باردار، عدم سابقه ناباروری ،عدم ابتلا به بیماری روانی شدید در ٦ ماه گذشته، سلامت گفتاری شنوایی، نداشتن علت پزشکی برای انجام سزارین بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم شرکت در یک یا بیشتر از جلسات مشاوره و ختم بارداری قبل از اتمام مدت مطالعه و یا بروز اندیکاسیون طبی سزارین بود. سه نفر از گروه مداخله به علت عدم شرکت در یکی از جلسات مشاوره و زایمان زودرس و دو نفر از گروه کنترل به دلیل عدم تکمیل پرسشنامه در هفته ۳۷-۳۳ بارداری و زایمان زودرس از مطالعه حذف شدند.

ابزار گردآوری داده ها شامل : فرم اطلاعات فردی و مامایی، پرسشنامه خودکارآمدی زایمان بود . فرم اطلاعات فردی مامایی که حاوی ۱۵ سوال از قبیل مشخصات فردی– خانوادگی و دموگرافیک واحدهای پژوهش است که شامل سوالاتی مثل سن مادر، تحصیلات، شغل مادر، شغل همسر، وضعیت مسکن، وضعیت درآمد همچنین دررابطه با مشخصات مامایی شامل: خواسته یاناخواسته بودن بارداری شرکت درکلاس های آمادگی برای زایمان ایمن، علت ترس از زایمان وانتخاب نوع زایمان بود که با مطالعه و بررسی جدیدترین کتب و مقالات در زمینه موضوع پژوهش زیر نظر اساتید راهنما و مشاور تنظیم شد و توسط پژوهشگر ازطریق مصاحبه با واحدهای پژوهش تکمیل شد.

جهت بررسی خودکارآمدی از پرسشنامه خودکارآمدی زایمان استفاده شد. فرم کوتاه پرسشنامه خودکارآمدی زایمان، دارای ١٦ سوال که توسط خورسندی در سال ٢٠١٤ مورد استفاده قرار گرفت. طیف پاسخ های این پرسشنامه از ۱ تا ۱۰ می باشد. حداقل و حداکثر امتیاز این پرسشنامه ١٦ تا ١٦٠ است. نمره بیشتر نشان دهنده سطوح بالاتر خودکارآمدی می باشد. این پرسشنامه قبل از مداخله در هفته ۳۲-۲۸ بارداری و یک هفته بعد از اتمام مداخله در هفته ۳۷-۳۳ بارداری در گروه کنترل و مداخله تکمیل شد. روایی این پرسشنامه از طریق روایی محتوی در مطالعه خورسندی تعیین شد (٦). پایایی آن از طریق ضریب

آلفای کرونباخ ۰/۸۳ تعیین شد. روایی پرسشنامه ها به روش روایی محتوی توسط ۷ تن از اعضا هیئت علمی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تعیین شد.

پس از کسب رضایت آگاهانه از زنان نخست باردار مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر مشهد، افرادی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، انتخاب و پرسشنامه خودکارآمدی زایمان توسط نمونه های پژوهش تکمیل شد. در گروه مداخله علاوه بر دریافت مراقبت های معمول بارداری، مشاوره با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی دریافت کردند. جلسات در کلاس های آمادگی برای زایمان که دارای صندلی راحت بود برگزار شد. این مشاوره توسط پژوهشگر (ماما) پس از تایید توانایی پژوهشگر توسط استاد مشاور تخصصی از هفته ۳۲-۲۸ بارداری و طی ٤ جلسه (۹۰-۱۲۰) دقیقه ای هرهفته یک بار در گروه‌های ۸-٤ نفره برگزارشد. در طول مطالعه پیگیری تلفنی جهت یادآوری جلسات بعدی و انجام تمرین در خانه انجام شد. گروه مداخله مراقبت های معمول بارداری را دریافت کردند. یک هفته بعد از پایان جلسات پرسشنامه خودکارآمدی زایمان توسط واحدهای پژوهش(گروه کنترل و مداخله) تکمیل و نتایج پیش آزمون و پس آزمون در هر دو گروه مقایسه شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آمار توصیفی و تحلیلی انجام شد. جهت بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرهای کمی از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد. سطح اطمینان ۹۵٪ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. محتوای جلسات مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی مشاور و واحدهای پژوهش، معرفی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش ذهن آگاهی، شناسایی راهکارهای اجتنابی مراجع در زمینه زایمان، آشنایی با مراحل وضع حمل، انجام تمرین توجه آگاهانه تنفس و آموزش مفهوم ذهن آگاهی، نمایش عکس زایمان طبیعی، سزارین و زایمان با ابزار، شناسایی، بررسی و دسته بندی راهکارهایی که مراجع برای اجتناب از زایمان استفاده می کند به کمک مشاور، تمرین ذهن آگاهی قطره آب، تنفس و همچنین تمرکز برپروسه زایمان) متمرکزکردن تفکر بر احساس (به کمک مشاور، دادن تکلیف ذهن آگاهی و درخواست از مراجع برای تمرین در طول هفته)
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنایی با فرآیند زایمان ،جایگزینی رفتار ارزشی به جای کنترل، برون نمایی افکار مراجع نسبت به عامل اجتناب از زایمان، آشنایی با مزایا ومعایب مادری و نوزادی زایمان به روش سزارین و طبیعی همراه با نمایش تصویر، آموزش این که کنترل کردن نه تنها راه حل نیست بلکه باعث بزرگ شدن مشکل می شود، آموزش جایگزین کردن رفتار براساس ارزش های مراجع به جای کنترل کردن، جدا کردن ارزیابی ها و قضاوت های شخص از واقعیت، آموزش مشاهده افکار و نگرش نسبت به نوع زایمان به جای واکنش نشان دادن به آن ها
جلسه سوم	تمرین ذهن آگاهی قطره آب، آموزش حذف افکار مزاحم، آموزش زایمان بی درد با عکس و فیلم، تشریح ارزش های مرتبط با عامل ترس با استعاره های مناسب ، تمرین تنفس آگاهانه انجام شد. در پایان شناسایی ارزش های مرتبط با زایمان با استفاده از استعاره های قطب نمای زندگی، حلقه هدف وعصای جادویی
جلسه چهارم	ارائه راهکار برای موانع تغییر رفتار (غلبه بر موانع موجود و برنامه ریزی برای تعهد به آن ها)، پیگیری ارزش ها، بیان دستاوردها توسط مراجع، جمع بندی دوره

نتایج

میانگین سنی واحدهای پژوهش در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۳/٦٤ ±۲۵/۰۳ و ۳/٦۸± ۲٤/۸۷ سال بود. میانگین سن بارداری در دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۱±۲۹/۱۸ و ۱/۳ ± ۲۹/٤٥ هفته بود. دو گروه

مورد مطالعه از نظر متغیرهای فردی با یکدیگر تفاوتی نداشتند (P>۰/۰۵) (جدول۲).

آزمون تی مستقل قبل از مشاوره با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه از نظر نمرات خودکارآمدی زایمان نشان داد بطوری که نمره خودکارآمدی گروه کنترل به طور معنی داری بیشتر از گروه مداخله بود (P=۰/۰۱). بعد از مداخله در هفته ۳۷-۳۳ بارداری اختلاف آماری معنی داری بین گروه مداخله و کنترل مشاهده شد و مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی داری موجب افزایش نمرات خودکارآمدی گروه مداخله گردید (p=۰/۰۰۱).

آزمون تی زوجی در مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی زایمان در گروه مداخله (مقایسه درون گروهی) در مراحل قبل از مداخله و هفته ۳۷-۳۳ بارداری، اختلاف آماری معنی داری در افزایش نمره خودکارآمدی زایمان مشاهده شد (p<۰/۰۰۱). در گروه کنترل، بین مراحل قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری در نمره خودکارآمدی بدست نیامد (P=۰/۰۶). نتایج آزمون آنالیز کواریانس نشان داد پس از کنترل نمرات خودکارآمدی قبل از مداخله، میانگین نمرات خودکارآمدی زایمان بعد از مشاوره، در گروه مداخله اختلاف آماری معنی داری با گروه کنترل داشت (P<۰/۰۰۱) (جدول۳).

جدول ۲. توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر		گروه مداخله (تعداد ۳۲ نفر)	گروه کنترل (تعداد ۳۳ نفر)	نتیجه آزمون دقیق کای دو
		(درصد)تعداد	(درصد)تعداد	
سطح تحصیلات	ابتدایی	۲(۶/۳)	۲(۶/۱)	P=۰/۹
	راهنمایی	٤(۱۲/٥)	٥(۱٥/۲)	
	دبیرستان	۱۲(۳۷/٥)	۱۱(۳۳/۳)	
	دانشگاهی	۱٤(٤۳/۸)	۱٥(٤٥/٥)	
شغل	محصل	٤(۱۲/٥)	۹(۲۷/۳)	p=۰/۳
	خانه دار	۲۱(٦٥/٦)	۱۹(٥۷/٦)	
	شاغل	۷(۲۱/۹)	٥(۱٥/۲)	
میزان درآمد	کمتر از حدکفاف	٤(۱۲/٥)	٥(۱٥/۲)	p=۰/۱
	در حد کفاف	۲۸(۸۷/٥)	۲٥(۷٥/۸)	
	بیشتر از حد کفاف	۰	۳(۹/۱)	
وضعیت سکونت	شخصی	۱۳(٤۰/٦)	۱۷(٥۱/٥)	p=۰/۲
	رهنی-استیجاری	۱۳(٤۰/٦)	۱۰(۳۰/۳)	
	زندگی با والدین همسر	۳(۹/٤)	٥(۱٥/۲)	
	سایرموارد	۱(۳/۱)	۱(۳)	

جدول ۳. مقایسه نمره خودکارآمدی زایمان زنان نخست باردار قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

نمره خودکارآمدی	مداخله(۳۲نفر) انحراف معیار±میانگین	کنترل(۳۳ نفر) انحراف معیار±میانگین	نتیجه آزمون
قبل از مداخله	۷۹/۰۹ ± ۳۰/۸۵	۹۹/۳۰ ± ۳٤/۹۷	*p=۰/۰۱
هفته۳۷-۳۳ بارداری	۱۲٦/۱۳±۲۵/٦۷	۹٦/۲۷ ± ۳٤/۹۱	*p=۰/۰۰۱
نتیجه آزمون درون گروهی تی زوجی	p<۰/۰۰۱	P=۰/۰٦	
نتیجه آزمون آنالیز کواریانس			** P< ۰/۰۰۱

*تی مستقل، **آنالیز کواریانس

بحث

در مطالعه حاضر مشاوره گروهی با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش خودکارآمدی زایمان موثر بود. این یافته با نتایج مطالعه قضایی و همکاران با عنوان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر خودکارآمدی زایمان و تمایل به سزارین که بر روی ۲۵ نفر از زنان نخست زای شهر مشهد انجام شد، همسو می باشد (۱٦).

تکنیک های بکار گرفته شده در مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل: آموزش ذهن آگاهی، شناسایی راهکارهای اجتنابی، متمرکزکردن تفکر براحساس، آموزش این که کنترل کردن نه تنها راه حل نیست بلکه باعث بزرگ شدن مشکل می شود و جایگزین کردن رفتار براساس ارزش های مراجع به جای کنترل کردن، جدا کردن ارزیابی ها و قضاوت های شخص از واقعیت بر خودکارآمدی فرد اثر گذاشته و احساس توانایی او را برای مقابله با زایمان افزایش می دهد.

بندورا تجارب گذشته فرد، مشاهده رفتار مقابله دیگران، متقاعد سازی کلامی مثل تشویق و تنبیه، سطوح فردی برانگیختگی هیجانی را در شکل گیری خودکارآمدی فرد موثر می داند به اعتقاد او همه این منابع می تواند تأثیر مثبت یا منفی بر میزان خودکارآمدی فرد داشته باشد (۱۷). در مداخله ای که Hausenblas و همکاران، با هدف تعیین تاثیر آموزش نرم افزار ورزش بر خودکارآمدی مادران باردار انجام شد، مشخص شد که افرادی که آموزش نرم افزاری ورزش دوران بارداری را دریافت نمودند از سطح آگاهی و خودکارآمدی بالاتری نسبت به گروه مداخله برخوردار بودند (۱۸). یکی از موثرترین روش های کمکی در بارداری مشاوره دادن به زنان باردار است که باعث کاهش ترس و نگرانی آن ها و افزایش اعتماد به نفس آن‌ها می شود.

در مطالعه Brixval و همکاران، نیز مشخص شد افرادی که آموزش های قبل از زایمان می بینند، نسبت به گروه کنترل خودکارآمدی بالاتری دارند (۱۹). در مطالعه Khaikin و همکاران بعد از انجام مداخله آموزشی میانگین نمره خودکارآمدی بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی داری نداشت (۲۰). این یافته با نتایج مطالعه حاضر هم سو نمی باشد، از دلایل تفاوت این نتایج، می توان به زمان اجرای مداخله و محتوای مشاوره اشاره نمود.

براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افکار انسان حاصل ذهن طبیعی می باشند و چیزی که افکار فرد را به باور تبدیل می کند آمیخته شدن فرد به محتوای افکار است، به طور مثال وقتی فرد بیان می کند به علت ترس از آسیب رسیدن به جنین سزارین را برای ختم بارداری انتخاب کرده است، یعنی با محتوای آن فکر آمیخته شده و حاصل این آمیختگی باورهای ناکارآمد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق مداخلات مربوط به همجوشی در پی کمک به مراجعان است تا به طور انعطاف ناپذیری تسلیم افکار و قوانین ذهنی شان نباشند (۲۱).

در مطالعه فتح الله زاده و همکاران درمان گروهی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی سالمندان بازنشسته موثر

بود (۲۲). در مطالعه نوریان و همکاران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن زنان مبتلا به چاقی شد (۲۳). از نقاط قوت این مطالعه مشاوره با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد که به آسانی توسط ماما قابل اجرا می باشد و هر فردی می تواند با آموزش جهت سازگاری با مشکلات از آن استفاده کند و طبق گفته راس هریس همه افراد نیاز به یادگیری و استفاده از این درمان جهت حل مشکلاتشان دارند (۱٤). از روش مشاوره می توان در مراکز بهداشت جهت افزایش خودکارآمدی زنان نخست باردار جهت انتخاب زایمان طبیعی می توان بهره برد.

نتیجه‌گیری

مشاوره با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد در طول بارداری باعث افزایش خودکارآمدی زنان نخست باردار می شود، بنابراین پیشنهاد می شود از این مشاوره در مراکز خدمات جامع سلامت در کنار مراقبت های روتین استفاده شود

تشکر و قدردانی

این مقاله با کد کارآزمایی بالینی IRCT20180901040916N1 و کد اخلاق IR.MUMS.NURSE.REC.1397.026 حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی که حمایت مالی این طرح را به عهده داشتند و کلیه اساتید محترم دانشکده پرستاری- مامایی و همکاران مراکز خدمات جامع سلامت شهر مشهد و مادران عزیزی که با این طرح صمیمانه همکاری کردند، تشکر و فدردانی می شود.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

(۱) مفهوم پردازی و طراحی مطالعه یا جمع آوری داده ها ، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده ها: رها شجاع، محبوبه فیروزی، مهدی امیری.

(۲) تهیه پیش نویس مقاله: رها شجاع

(۳) تایید دست نوشته پیش از ارسال به مجله: محبوبه فیروزی

References

1. Sharifirad GR, Fathian Z, Tirani M, Mahaki B. Study on Behavioral Intention Model (BIM) to the attitude of pregnant women toward normal delivery and cesarean section in province of Esfahan–Khomeiny shahr-1385. 2007.

2. Maroufizadeh S, Bagheri LN, Almasi HA, Amini P, Esmaeilzadeh A, Navid B, et al. Prevalence of cesarean section and its related factors among primiparas in Tehran Province, Iran, in 2015. 2017.

3. Dadipoor S, Madani A, Alavi A, Roozbeh N, Safari Moradabadi A. A survey of the growing trend of caesarian section in Iran and the world: a review article. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016;19(27):8-17.

4. Treatment and Medical Education Available from: www.behdasht.gov.ir /index.aspx?siteid=1&pagei.2012]

5. Atghaei M, Nouhi A. Imagine the pain of labor and cesarean and vaginal delivery in pregnant women tends to be referred to clinics in Kerman University of Medical Sciences. Iran Jornal of Obstetrics,Gynecology and Infertility. 2010;14(7):44-50.

6. Khorsandi M, Ghofranipour F, Faghihzadeh S, Hidarnia A, Akbarzadeh Bagheban A, Aguilar-Vafaie ME. Iranian version of childbirth self-efficacy inventory. Journal of Clinical Nursing. 2008;17(21):2846-55.

7. Dilks FM, Beal JA. Role of self-efficacy in birth choice. The Journal of perinatal & neonatal nursing. 1997;11(1):1-9.

8. Gao LL, Ip WY, Sun K. Validation of the short form of the chinese childbirth self-efficacy inventory in Mainland China. Research in nursing & health. 2011;34(1):49-59.

9. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2011;16(2):169.

10. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change: Guilford Publications; 2016.

11. Rouhe H, Salmela -Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2011;118(9):1104-11.

12. Simkin P. The experience of maternity in a woman's life. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 1996;25(3):247-52.

13. Hemminki E, Long Q, Zhang W-H, Wu Z, Raven J, Tao F, et al. Impact of financial and educational interventions on maternity care: results of cluster randomized trials in rural China, CHIMACA. Maternal and child health journal. 2013;17(2):208-21.

14. Harris R. ACT Made Simple: An Easy-to-read Primer on Acceptance and Commitment Therapy :New Harbinger Publications; 2009.

15. Moradi Manesh F, Babakhani K. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Self-Efficacy and Quality of life in Women with Breast Cancer: A clinical Trial. Iranian Quarterly Journal of Breast Disease. 2018;10(4):7-17

16. Ghazaie M, Davoodi I, Neysi A, Mehrabizadeh Honarmand M, Bassak Nejad S. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fear of childbirth, fear of pain, self-efficacy of childbirth and tendency to caesarean in nulliparous women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016;19(31):1-12.

17. Bandura A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ. 1986;1986.

18. Hausenblas HA, Brewer BW, Van Raalte JL, Cook B, Downs DS, Weis CA, et al. Development and evaluation of a multimedia CD-ROM for exercise during pregnancy and postpartum. Patient education and counseling. 2008;70(2):215-9.

19. Brixval CS, Axelsen SF, Thygesen LC, Due P, Koushede V. Antenatal education in small classes may increase childbirth self-efficacy: results from a Danish randomised trial. Sexual & Reproductive Healthcare. 2016;10(10):32-34.

20. Khaikin R, Marcus Y, Kelishek S, Balik C. The effect of childbirth preparation courses on

anxiety and self-efficacy in coping with childbirth .Clinical Nursing Studies. 2016;4(3):39.

21. Izadi R, Asgari K, Neshatdust H, Abedi M. The Effect of acceptance and commitment therapy on the frequency and severity of symptoms of obsessive compulsive disorder. Zahedan Jornal of Research Medical Sciences. 2012;14(10):107-12.

22. Bagheri P, Saadati N, Fatollahzadeh N, Darbani S. The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy on Self-Efficacy and Social Adjustment of Elderly Retired. Journal of Geriatric Nursing. 2017;3(2):103-17.

23. Nourian L, Aghaei A, Ghorbani M. The efficacy of acceptance and commitment therapy on weight self-efficacy lifestyle in obese women. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2015;25(123):159-69.

Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences
2020, Volume 8, No. 3: 13-22.

Original article

Investigating the impact of counseling with an approach based on acceptance and commitment therapy on self-efficacy of choosing vaginal delivery in primigravid women

Raha Shoja[1], Mahboube Firoozi[1], Mohammad Taghi Shakeri[2], Mahdi Amiri[3]

1. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2. Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Mashhad university of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3. Department of Psychology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding author: Firoozim@mums.ac.ir

Keywords:

Self-Efficacy,

Delivery,

Counseling,

Acceptance and Commitment-Based Therapy,

Primigravid

Abstract

Background & Aim: Self-efficacy is one's belief in successful behavior. According to studies, mothers who have lower self-efficacy find delivery unattainable. The purpose of this study was to determine the effect of acceptance- and commitment-based counseling on self-efficacy in primiparous women.

***Methods*:** This clinical trial study was performed on 70 first pregnant women with gestational age of 28-32 weeks referring to health centers in Mashhad. Subjects were randomly divided into two groups of 35 intervention and control groups. In the intervention group, counseling based on acceptance and commitment approach was held for 4 sessions, one session per week, and in the control group, routine pregnancy care was performed. Data collection tool was demographic-midwifery questionnaire and self-efficacy questionnaire. Self-efficacy was measured in the two groups before intervention in week 28-32. Data were analyzed using SPSS software (version 20) and chi-square and t-test. P value less than 0.05 was considered significant.

***Results*:** Self-efficacy scores after intervention were 126.25±13.67 in the intervention group and 96.27±34.91 in the control group. There was a significant difference between the two groups (P = 0.001).

***Conclusion*:** Counseling with an acceptance- and commitment-based approach during pregnancy increases self-efficacy of natural childbirth in primiparous women.

***How to Cite this Article*:** Shoja R, Firoozi M, Shakeri MT, Amiri M. Investigating the impact of counseling with an approach based on acceptance and commitment therapy on self-efficacy of choosing vaginal delivery in primigravid women. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2020;8(3):13-22.

Copyright © 2020 Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.