آیا با آموزش مادران باردار میتوان موارد سزارین را کاهش داد؟

*مریم عمیدی مظاهری'، مسعود امیری'، محبوبه خورسندی'، اکبر حسن زاده'، زهرا طاهری

۱. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،اصفهان، ایران
۲. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران
۳. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

نشریه پایش تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۶/۲۲ سال چهاردهم شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۳۹۴ صص ۵۸۶–۵۷۷ [نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۰ شهریور ۹۴]

چکیده

برخلاف عوارض بالقوه سزارین، آمار انجام سزارین در جهان و کشور ما در سالهای اخیر روند روبه رشدی داشته است. امروزه در اکثر کشورهای پیشرفته با استفاده از مداخلات آموزشی سعی در کاهش موراد سزارین شده است. در حقیقت، آموزش توانسته منجر به افزایش آگاهی و نگرش مادران به زایمان گردیده و در کاهش سزارین مؤثر باشد مطالعه حاضر به صورت نیمه تجربی بر روی ۱۳۰ مادر باردار در ماه ششم و هفتم بارداری، مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرد با هدف بررسی تأثیر آموزش بر کاهش سزارین انجام گردید. آموزش در سه جلسه ۹۰–۶۰ دقیقهای به گروه مداخله ارائه گردید. جهت گردآوری دادها از پرسشنامه ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان (شامل دو قسمت، انتظار زایمان و انتظار خودکارآمدی) استفاده شد. یافتههای مطالعه نشان داد نمرههای ترس از زایمان، انتظار زایمان و خودکارآمدی زایمان افزایش پیدا کرده بود. ۱۸۱۴٪ از مادران گروه مداخله و گروه مداخله و شاهد متفاوت نبود، اما بعد از مداخله میانگین نمره ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان افزایش پیدا کرده بود. ۱۸۱۴٪ از مادران گروه مداخله و گروه مداخله و اجرای مداخلات آموزشهای لازم طی دوران بارداری در زمینه ترغیب مادران به انتخاب زایمان طبیعی مؤثر بوده است، لذا طراحی و اجرای مداخلات آموزشی در دوران بارداری به منظور کاهش روند سزارین پیشنهاد می شود.

كليدواژه: سزارين، زايمان، مطالعه مداخلهاي

تلفن: ۳۸۱-۳۳۳۲۱۰ E-mail: z.taheri11@yahoo.com

[ً] نویسنده پاسخگو: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده بهداشت، اصفهان، ایران

مقدمه

بارداری یک پدیده ی فیزیولوژیک است و پایان آن یعنی زایمان رویدادی است که همراه با ترس، نگرانی و وحشت همراه است[۱]. انجام زایمان از حساس ترین و مهمترین خدمات نظام سالامت در تمام جوامع بوده و یکی از نگرانیهای اساسی در این زمینه، انجام زایمان به روش سزارین است[۲]. اگرچه در قرون گذشته سزارین نقش مهمی در کاهش مرگ و میر و عوارض زایمان در مادر و جنین به همراه داشته ، اما امروزه مسئلهی نگران کننده، میزان بالای سزارین است [۱]. سازمان سلامت جهان میزان مورد انتظار سزارین با اندیکاسیونهای مامایی را ۱۵-۱۰ درصد تعیین کرده است. بهرغم این مسأله آمار سزارین در نقاط مختلف دنیا متفاوت بوده و به صورت روز افزونی در حال افزایش است [۳]. مطالعات نشان میدهند که میزان سزارین در طی بیست سال اخیر در سراسر دنیا از ۵ به ۲۵ درصد رسیده است[۴]. این میزان در سطوح ملی و بینالمللی متفاوت است[۵]به طوری که از سال ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۷ میزان سزارین در ایالات متحده از ۴/۵ درصد تمام زایمانها به ۳۸ درصد رسیده است[۶]. امروزه در انگلستان ۲۱ درصد، در سوئد ۱۰/۷ درصد[۷] و در امارات متحده عربی نیز تقریبا ۱۰درصد از زایمانها به روش سزارین انجام می شود [۸]. این آمار در ایران نیز در طی سالهای اخیر رشد روز افزونی پیدا کرده است. طبق گزارش سازمان سلامت جهان در سال ۲۰۰۴ عمل سزارین در ایران حدود ۳۵ درصد از کل زایمانها را شامل می شد. در سال ۲۰۰۷ میزان سزارین به ۴۲/۳ درصد رسید[۹] و در سال ۲۰۱۰ حـدود ۵۵–۵۰ درصد زایمانها در ایران به روش سزارین بوده است[۱۰]. همچنـین در استان چهارمحال و بختیاری میزان سزارین ۴۴ درصد از کل زایمانها بوده است[۱۱]. عوامل متعددی از جمله مسائل طبی مى تواند موجب انجام عمل سزارين شود. از جمله دلايل تمايل بـه سزارین می توان به این موارد اشاره کرد: سابقهی سزارین قبلی، کاهش تعداد زایمانها، بالا رفتن سن ازدواج، بالا رفتن سن زنان در اولین بارداری، حاملگی چند قلویی[۱۲] عوامل اقتصادی، اجتماعی و فردی، صدمه به لگن و تجربه بـد زایمـان واژینـال قبلـی[۱۳]. در مطالعه انجام شده در کشور نیجریه، مهمترین علل انجام سزارین شامل: نازایی اولیه، سن بالای مادر در اولین زایمان، سابقهی سقطهای یی دریی، سابقهی زایمان طبیعی و صدمهی مغزی نوزاد در زایمان قبلی بوده است[۱۴]. در مطالعات انجام شده در ایران علل انتخاب سزارین توسط مادران عبارتند از: ترس از درد زایمان

طبیعی، باورهای غلط در مورد برتری سزارین، عدم آگاهی از پیامدهای زیانبار آن، نگرش منفی و وجود شایعات و عوارض نادرست نسبت به زایمان طبیعی است[۱۲،۱۵]. با این حال تحقیقات متعدد نشان دادهاند که بیشترین دلایل انجام سزارین به علل غیر طبی و درخواست مادران میباشد[۱۷-۱۶]. سـزارینهای بدون اندیکاسیون می تواند هزینه های زیادی بر خانوادهها تحمیل کند و مشکلاتی نیز برای بیمارستانها از نظر پرسنل و تجهیزات پزشکی ایجاد نماید[۱]. بر مبنای نظریهی لوئیس، سزارین، درد و ترس همراه با آن میتوانند در تصمیمگیری مادران برای انجام سزارین نقش مهمی داشته باشد، زیرا آنها اعتقاد دارند که همراه با زایمان سزارین درد کمتری را تجربه خواهند کرد[۱۸]. در پـژوهش انجام شده توسط رایدینگ بر روی زنان سوئدی ۳۶ درصد از آنان ترس از درد زایمان را به عنوان دلیل اصلی سزارین عنوان كردهاند[۱۹]. همچنين در مطالعه ي ظفرقندي شيوع ترس از زایمان حدود ۵۹ درصد گزارش شده است و اضطراب و ترس از زایمان در زنانی که درخواست سزارین داشتند، نسبت به آنهایی که زایمان طبیعی را انتخاب کردند بالاتر بود[۲۰]. بررسیها نشان می دهد، زنان از زایمان می ترسند چون درد آن را خارج از توان خود می پندارند و نسبت به سلامت خود نگران هستند. در صورتی که مادر احساس کند میتواند به خوبی با استرس مقابله کند، از تأثيرات سوء استرس بر سلامتي خود مصون خواهد ماند[٢٦-١٩]. آموزش و راهنمایی مادران باردار می تواند موجب افزایش آگاهی آنان در زمینه زایمان و بالا رفتن آمادگی روحی و روانی آنها جهت مقابله با درد زایمان شود[۱] و منجر به دخیل نمودن آنان در تصمیم گیری جهت انتخاب روش صحیح زایمان گردد،در نتیجه موجب کاهش سزارین های غیر ضروری شود، که این مهم بر عهدهی آموزش سلامت است[۲۳]. از نظر علم رفتارشناسی خودکارآمدی مهمترین پیش نیاز برای انجام رفتار در شرایط استرس: ااست. بندورا روان شناس مشهور در نظریه یادگیری اجتماعی خود، خودکارآمدی شامل ارزیابی فرد از توانایی خود برای مقابله با موقعیتهای پراسترس داشته است[۲۴]. مطالعات نشان میدهد، بین ترس از زایمان و خودکارآمدی و انتخاب زایمان طبیعی ارتباط وجود دارد. در صورتی که مادر باردار تصور کند که نمی تواند موقعیت لیبر را کنترل کند، ترس و اضطراب ناشی از آن باعث میشود تا زایمان سزارین را بدون دلایل پزشکی انتخاب کند[۲۵-۲۲]. با توجه به اهمیت خودکارآمدی در کنترل ترس و



مقابله با درد لیبر و انتخاب روش زایمانی مناسب، طراحی مداخلات آموزشی مبتنی بر راهبردهای افزایش خودکارآمدی میتواند منجر به کاهش ترس و بالا بردن توانایی مادران باردار در جهت غلبه بر درد زایمان گردد و موارد سزارین را کاهش دهد. لذا مطالعهی حاضر با هدف تأثیر مداخلهی آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی بر انتخاب روش زایمان در زنان باردار شهر کرد انجام گردید.

مواد و روش کار

این مطالعه به صورت نیمه تجربی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۳۰ مادر باردار ۳۲-۲۲ هفته بارداری مراجعه کننده به این مراکز انجام گردید. از آنجایی که ارتباط مثبتی بین اضطراب پنهان در اواخر ماه ششم بارداری و ترس از زایمان وجود دارد و از طرفی ترس از زایمان بخصوص در طی سه ماهه سوم بارداری در اکثر مادران باردار وجود دارد [۲۶٬۲۷]، لذا مادران باردار در این سن حاملگی جهت مطالعه انتخاب شدند. جهت انجام نمونه گیری، در ابتدا مراکز بهداشتی درمانی به صورت تصادفی ساده به دو گروه مداخله (۴ مرکز) و شاهد (۴ مرکز) تقسیم شدند. سیس تعداد نمونه با استفاده از فرمول

 $N = \frac{(z_1 + z_2) 2[2p(1-p)]}{d2}$

۶۵ نفر برای هر گروه (با احتساب ریزش) در نظر گرفته شد. جهت تعیین تعداد نمونه از هر مرکز از روش نمونه گیری سهمیهای استفاده شد. معیار ورود به مطالعه شامل کلیهی مادران باردار تحت پوشش مراکز در هفتههای ۳۲-۲۴ بارداری بود که به شرکت در پژوهش تمایل داشتند و معیارهای خروج شامل موارد اندیکاسیون طبی سزارین (سزارین قبلی، دیستوشی، دیسترس جنینی، نمایش بریچ و ...) و موارد زایمان زودرس، موارد سزارین اورژانس و افرادی که تمایل به همکاری نداشتند. ابزار گردآوری دادهها پرسشنامه سه قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، سن ازدواج، تحصیلات و ...)، سـؤالات مربـوط بـه تـرس از زايمـان و سـؤالات مربـوط بـه خودکارآمدی زایمان بود. پرسشنامه خودکارآمدی زایمان از دوقسمت تشكيل شده است. بخش اول با ۱۷ سؤال انتظار پيامـد و بخش دوم با ۱۷ سؤال انتظار خودکارآمدی مربوط به زایمان را می سنجد. پرسشنامه ترس از زایمان شامل ۱۴ سؤال است که با طیف لیکرتی ۴ تایی مشخص می گردد. اعتبار و پایایی پرسشنامه خودکارآمدی زایمان توسط خورسندی و همکاران در جامعه ایرانی مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شده است[۲۸]. همچنین در

پژوهش دیگری اعتبار و پایایی پرسشنامه ترس از زایمان توسط خورسندی و همکاران مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شده است [۲۴]. در ابتدا پرسشنامههای مذکور در دو گروه مداخله و شاهد به روش مصاحبه تکمیل گردید. سپس مداخلهی آموزشی در گروه مداخله انجام شد و گروه شاهد مراقبت رایج بارداری را دریافت کردند. گروه مداخله علاوه بر دریافت مراقبتهای رایج بارداری در سه جلسهی آموزشی ۹۰-۶۰ دقیقهای در گروههای ۱۰-۸ نفره که به فاصلهی یک هفته برگزار می گردید، شرکت کردند. محتوای آموزشی بر اساس استراتژیهای افزایش خودکارآمدی (موفقیت در عملکرد، تجربه جانشین، ترغیب کلامی و حالات فیزیولوژیک یا عاطفی) تدوین گردید. آموزش توسط خود محقق انجام می گرفت و در صورت نیاز از پرسنل و ماماهای بهداشتی مراکز نیز استفاده میشد.

جلسه اول: آشنایی مادران با یکدیگر: به هرکدام از مادران اجازه داده شد راجع به علل ترس از زایمان و تصور زایمان خود صحبت کنند و از طریق بحث گروهی این علل مورد بررسی قرار گرفت و به شرکت کنندگان فرصت مساوی برای بیان آزادانه ایدهها و دیدگاههایشان داده شدبعد از جمعآوری علل ترس از زایمان محتوای آموزشی بر اساس آن تهیه و تدوین گردید.

جلسه دوم: دعوت از یک مادر با زایمان طبیعی موفق، تا تجربه خود از زایمان برای مادران بیان کند. ارائه آموزشات در خصوص اضطراب مادران و تأثیرات آن بر روی جنین، بیان مزایای زایمان طبیعی، عوارض سزارین، دلایل سزارین اورژانس. آموزش انجام ورزش کگل. جلسه سوم: بازآموزی مجدد ورزش کگل و اطمینان از شیوهی صحیح انجام این ورزش. تفسیر کامل زایمان طبیعی، ویژگی دردهای زایمانی، مراحل زایمان و اقدامات مؤثر در طول این مراحل و آموزش زایمان طبیعی با استفاده از فیلم آموزشی

در پایان هر جلسهی آموزشی فرصتی جهت پاسخگویی به سؤالات مادران اختصاص دادهشد.

جلسه آموزشی	استراتژی مورد استفاده	روش آموزش
	موفقیت در عملکرد، حالات	بحث گروهی، تبادل نظر، پرسش
جلسه اول	فیزیولوژیک یا عاطفی، ترغیب	و پاسخ
	كلامى	
جلسه دوم	تجربه جانشين	سخنرانی، بحث گروهی، پرسش
,,,	<u> </u>	و پاسخ
جلسه سوم	ترغیب کلامی، حالات	سخنرانی، بحث گروهی و تبادل
	فیزیولوژیک و عاطفی	نظر
جلسات بازآموزی (به		
صورت تلفنی)	ترغيب كلامي	پرسش و پاسخ

ىافتەھا

آموزش به روش سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ انجام گردید، همچنین پمفلت آموزشی در خصوص ویژگی دردهای زایمانی و مراحل زایمان طبیعی در اختیار مادران قرار گرفت. بعد از پایان سه جلسه آموزشی طی دو تماس تلفنی با مادران نکاتی در خصوص انجام ورزش کگل و تشویق مادران به انجام روزی دو تا سه بار ورزش ارائه گردید و به سؤالات احتمالی آنان پاسخ داده شد. ارزشیابی نهایی شامل تکمیل مجدد پرسشنامهها بعد از پایان یک ماه از آموزش از طریق مصاحبه در دو گروه بود. اطلاعات مربوط به شیوه واقعی زایمان از طریق تماس تلفنی با مادران دو گروه جمعآوری گردید.شایان ذکر است دو نفر از مادران گروه مداخله در پایان مطالعه به دلیل زایمان زودرس از مطالعه خارج شدند. تجزیه و تحلیل دادههای با استفاده از نرم افزار SPSS16 و آمار توصیفی (میانگین، فراوانی و انحراف معیار) و استنباطی شامل آزمونهای مستقل، آزوجی، کای دو و من ویتنی انجام گردید و شد

(P<·0) به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد. همچنین مقیاس در نظر گرفته شده در مورد تجزیه و تحلیل سؤالات پرسشنامه ترس از زایمان و انتظار زایمان و خودکار آمدی زایمان بر مبنای ۱۰۰ بود. این طرح توسط شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از لحاظ رعایت نکات اخلاقی با دریافت کد پرشکی اصفهان از لحاظ رعایت نکات اخلاقی با دریافت کد وارد مطالعه شدند. همچنین پرسشنامهها بدون ذکر نام و مشخصات افراد بود و اطمینان لازم در جهت محرمانه ماندن اطلاعات داده شد.

میانگین سنی مادران مورد مطالعه ۲/۸±۲۷/۳ و میانگین سن حاملگی ۲/۹±۲۸/۳ هفته بود. سطح تحصیلات اکثیر مادران لیسانس(۴۰درصد) بود و ۲/۹درصد از آنها خانهدار بودند. همچنین میزان تحصیلات اکثریت همسران دیپلم (۳۹/۲ درصد) بوده و ۶۴/۶ درصداز آنها شغل آزاد داشتند.

بین دو گروه از نظر سن، سن حاملگی، سطح تحصیلات و نوع شغل تفاوت معنی داری مشاهده نشد، علاوه بر این دو گروه از نظر سابقه نازایی، تعداد سقط، سابقه سزارین در فامیل و دوستان و تعداد حاملگی، اختلاف معناداری نداشتند. نتایج پـژوهش نشـان داد ۴۳۱ درصد از مادران گروه مداخله و ۵۲/۳ درصد از مادران گروه شاهد تمایل به زایمان طبیعی داشتند، همچنین ۵۶/۹ درصد از مادران گروه مداخله و ۴۷/۷ درصد از مادران گروه شاهد تمایل به زایمان سزارین داشتند، که بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنادار مشاهده نشد. بر اساس یافته های پـژوهش افـرادی کـه تمایـل بـه زایمان طبیعی داشتند نسبت به کسانی که سزارین را انتخاب کردند ترس کمتر و خودکارآمدی بالاتری را دارا بودند ولی بین نمره انتظار زایمان تفاوت معنادار مشاهده نشد (جدول ۱). بر اساس یافتههای مطالعه میانگین نمرههای ترس از زایمان، انتظار و خودکارآمدی زایمان قبل از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد متفاوت نبود، اما بعد از مداخله میانگین نمره ترس از زایمان در گروه مداخله کاهش و میانگین نمرات انتظار و خودکارآمدی زایمان افزایش معنی دار پیدا کرده بود (جدول۲). این پژوهش نشان داد ۲۱/۴ درصد از مادران گروه مداخله و ۵۳/۸ درصد از مادران گروه شاهد به روش طبیعی زایمان کردند. میزان سزارین انتخابی خود مادر در گروه مداخله ۹/۵ درصـد و در گـروه شـاهد ۲۷/۷درصـد بـود، همچنـین ۱۹درصد از موارد سزارین در گروه مداخله و ۱۸/۵درصد در گروه شاهد به دلایل پزشکی انجام گردید، که بین دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معناداری از نظر نوع زایمان نهایی انجام شده، مشاهده گردید (P=٠/٠٢). یافتههای پژوهش نشان داد در دو گروه میانگین نمره ترس از زایمان در افرادی که زایمان طبیعی داشتند کمتر از افرادی بود که سزارین کردند و همچنین نمره خودکارآمدی بالاترى مشاهده شد، ولي نمرهي انتظار زايمان تفاوت معنادار نداشت (جدول ۳).



آیا با آموزش مادران باردار میتوان ...

جدول۱: مقایسه میانگین نمرات ترس از زایمان، انتظار زایمان و خودکار آمدی زایمان با نوع زایمان مورد تمایل مادران در گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله

شاهد	مداخله	
ميانگين (انحراف معيار)	میانگین (انحراف معیار)	
YF/Y (A/1)	Y•/f (9/۵)	طبيعى
		ترس از زایمان
F/9 (F/F)	AA/A (9/4)	سزارين
	P<-/-· \	تيجه آزمون تي مستقل
P<-/)		
TF/T (T/1)	Υ۶/٣ (Δ/Υ)	طبيعي
YY/V (Y/F)	YY/A (f /Y)	انتظار زايمان سزارين
		نتيجه آزمون تي مستقل
P<./.۶	P<•/٢٣	
10/A (T/1)	1 V/1 (F/9)	طبيعي
9/8 (٢/١)	٩/٧ (٣/١)	خودکارآمدی زایمان سزارین
P<-/\	P<-/··)	نتيجه آزمون تي مستقل

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات ترس از زایمان، انتظار و خودکار آمدی زایمان قبل و بعد از مداخله آموزشی بین گروه مداخله و شاهد

	شاهد	مداخله	
نتيجه آزمون تيمستقل	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	<u> </u>
P<- //Y	YA/9 (A/9)	Y9/Y (1Y/1)	قبل ترس از زایمان
P<•/•• \	٧٨/٨ (٨/٩)	۴۸/۹ (۵/ ۸)	بعد
	P<-/-·)	P<-/>	نتیجه آزمون تی زوجی
P<•/٣٣	TT/8 (T/T)	7 F/T (۵/1)	قبل
P<-/-· \	TT/A (T/T)	۳۹/۵ (۴/۱)	انتظار زایمان بعد
	P<-/\A	P<-/-·)	نتيجه آزمون تي زوجي
P<-/99	۱۲/۹ (۳/۸)	۱۲/۸ (۵/۴)	قبل
P<-/>	17/9(T/Y)	۲۹/۵(۳/۸)	خودکارآمدی زایمان بعد
	P<•/ΔY	P<./)	نتیجه آزمون تی زوجی



جدول۳: مقایسه میانگین نمره ترس از زایمان، انتظار و خودکار آمدی زایمان با نوع زایمان نهایی مادران در دو گروه مداخله و شاهد بعد از مداخله آموزشی

,	مداخله		
میانگین (انحراف ه	ميانگين (انحراف معيار)		
(9/4)	۴Υ/ ۶ (Δ/Å)	طبيعى	
			ترس از زایمان
(4/4)	۵۲/۱ (۴/۳)	سزارين	
···	$P < \cdot / \cdot \cdot \cdot f$		نتيجه آزمون تي مستقل
(1/9)	49/A (4/·4)	طبيعى	انتظار زايمان
(٢/٣)	۳۸/ <i>۸</i> (۴/۲)	سزارين	
/ ۵ ۴	P<./fr		نتيجه آزمون تي مستقل
(٣/۴)	T • /T (T/F)	طبيعى	
			خودکارآمدی زایمان
(7/1)	۲۷/۵(۳/۳)	سزارين	
/··)	$P<\cdot/\cdot\cdot Y$		نتيجه آزمون تي مستقل

بحث و نتیجه گیری

به طور کلی یافتههای مطالعه نشان داد میانگین نمره ترس از زایمان، انتظار و خودکارآمدی زایمان بعد از مداخله در گروه مداخله و شاهد تفاوت معنادار داشت، همچنین ۷۱/۴ از مادران گروه مداخله و ۵۳/۸ از مادران گروه شاهد به روش طبیعی زایمان کردند، که این امر بیانگر تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بـر خودکارآمـدی در کاهش ترس از زایمان و بالا بردن خودکارآمدی در مادران باردار و به دنبال آن ترغیب مادران به زایمان طبیعی بود. از طرفی ارائه آموزش به صورت گروهی به مادران باردار و همچنین استفاده از روش بحث گروهی در ارائه آموزش میتواند منجر به توسعه دانش و مهارت لازم در مادران باردار گردد و همچنین مادران تشویق به تعاملات آزادانه می شوند، که این امر باعث استفاده مادران از تجارب و دانش یکدیگر می گردد و توانمندی و خود کارآمدی آنها را افزایش می دهد. این در حالی است که Chularat Howharn نیز در مطالعهی خود به تأثیر کلاسهای آموزشی بر افزایش خودکارآمدی بر غلبه بر درد زایمان در افراد گروه مداخله و شاهد اشاره کرد [۲۹] از طرفی نتایج مطالعه خورسندی و همکاران که بر روی زنان نخستزا انجام شده بود، نشان دهنده کاهش ترس از زایمان بعد از مداخله در گروه مداخلـه (۲۹/۸۲±۷/۱۸) و شاهد (۳۸/۰۳±۹/۲۷) بود و تفاوت معنادار در میزان سزارین در دو گروه مشاهده شد (۱ ۲۲] ((۲۲] همچنین نتیجه مطالعه H-Rouhe، نشان داد

که مادران گروه مداخله تجربه زایمان مثبتتری نسبت به گروه کنترل داشتند و میزان زایمان طبیعی در آنها بیشتر بود (۶۳/۴ درصد) در مقابل (۴۷/۵درصد). همچنین میزان سزارین انتخابی در گروه مداخله (۱۰/۱درصد) کمتر از گروه شاهد (۱۲/۹درصد) بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود (P=٠/۶۲) [٣٠]. در حالی که نتیجه مطالعه خانی و همکاران که به صورت کارآزمایی بالینی در دو بیمارستان مازندران بر روی کلیه موارد زایمان انجام شده بود، نشان داد ۴۴/۸ درصد از مادران در گروه مورد و ۴۶/۶ درصد در گروه شاهد به روش سزارین زایمان کردنـد کـه بیـانگر عـدم تـأثیر مداخله آموزشی بر کاهش سزارین بود [۳۱]. در این مطالعه بین تمایل مادران برای نوع زایمان در ابتدای پژوهش و نوع زایمان انجام شده در پایان مطالعه تفاوت معنی دار مشاهده شد و میزان زایمان سزارین در گروه مداخله کمتر از گروه شاهد بود، که بیانگر تأثیر مداخله آموزشی نظامند در کاهش درخواست مادران به انجام زایمان سزارین و افزایش موارد زایمان طبیعی میباشد. در پـژوهش حاضر بر اساس محتوای آموزشی ارائه شده میزان آگاهی مادران در گروه مداخله نسبت به روشهای زایمانی و مزایا و معایب آنها افزایش یافته، که باعث افزایش اعتقاد مثبت مادران نسبت به زایمان طبیعی شده است. در نتیجه مادران بعد از آموزش ارزیابی مثبت تری نسبت به روش زایمان طبیعی داشتند و تمایل به انجام

ہیش

زایمان طبیعی در آنها افزایش پیدا کرده بود. نتایج پـژوهشهای مشابهی که توسط توفیقی و آژ انجام شـده اسـت نیـز بیـانگر تـأثیر آموزش بر کاهش تمایل مادران به انجام سـزارین و مـوارد سـزارین انتخابی بود که با یافتههای مطالعه حاضر همخوانی دارد.

توفیقی در پژوهش خود که با هدف تأثیر آموزش گروهی بر آگاهی و نگرش و انتخاب نوع زایمان به صورت نیمه تجربی بر روی زنان نخست: انجام داده بود به این نتیجه رسید که ۶۱/۸ درصد از مادران قبل از آموزش زایمان طبیعی را در مقابل سزارین انتخاب کردند که بعد از آموزش به ۸۰۱۶ درصد رسید و در نهایت فقط ۵۷/۶ درصد از آنها موفق به زایمان طبیعی شدند[۳۲]. همچنین آژ در مطالعه خود که بر روی زنان باردار اول زا و چندزا در سه ماهه سوم حاملگی انجام داده بود، میزان سزارین انتخابی در گروه مداخله ۱۶/۷درصد و در گروه شاهد ۶۰/۵ درصـد بیـان کردنـد[۳۳] طبـق نتایج پژوهش حاضر مادرانی که زایمان طبیعی داشتند، نمرهی ترس کمتر و خودکارآمدی بالاتری داشتند ولی نمره انتظار زایمان تفاوت معناداری نداشت. این نتایج نشان میدهد مادران باردار قادر به تمایز مفهوم خودکارآمدی و پیامد زایمان بودند و همچنـین بـاور یکسان در مورد مفید بودن رفتارهای مقابله با درد زایمان برای کمک به آنان در طول زایمان دارند، که این نتیجه با نتایج بدست آمده در زنان استرالیایی و چینی مشابهت دارد. در این پژوهش که با هدف اعتبارسنجی پرسشنامه خودکارآمدی زایمان انجام شده بود، بین ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان رابطه معکوسی مشاهده شد[۳۴–۳۵]. از طرفی Dilks FM نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسید که زنانی که به طور مکرر زایمان سزارین را انتخاب می کنند، خود کار آمدی پائین تری دارند [۳۶].

همچنین Ryding E.L در پژوهشی با سزارین اورژانس را افزایش دهد، نشان داد زنانی که از طریق سزارین زایمان کردند اضطراب بیشتری داشتند و توانایی مقابله با استرس ضعیفتری در طول هفته ۳۲ بارداری داشتند [۱۹] مطالعات مشابه دیگری نیز مؤید این موضوع هستند که ترس از زایمان در طول دوران بارداری میتواند سرزارین انتخابی و اورژانسیی را در مادران باردار افزایش دهد [۳۴٬۳۷]. این درحالی است که نتیجه مطالعه Johnson همکاران با عنوان آیا ترس از زایمان در طول بارداری پیشبینی کننده سزارین اورژانس است، نشان داد تفاوتی در ترس از زایمان بین زنانی که زایمان طبیعی انجام دادهاند و زنانی که سزارین اورژانسی یا انتخابی شدهاند وجود ندارد، که این موضوع میتواند

نشان دهندهی تأثیر ترس از زایمان در فرهنگهای مختلف باشد [۳۸]. نتایج این پژوهش نقش خودکارآمدی را بـه عنـوان یـک عنصر کلیدی در انتخاب نوع زایمان و کنترل ترس از زایمان طبیعی مورد تأئید قرار می دهد و نشان دهنده ی مؤثر بودن مداخله آموزشی مبتنی بر خودکارآمدی در کاهش سزارین در گروه مداخله بعد از پایان مطالعه میباشد. لـذا طراحـی مـداخلات آموزشـی مبتنـی بـر خودکارآمدی در سطوح وسیع می تواند در زمینه ترغیب مادران به زایمان طبیعی مؤثر باشد. از جمله محدودیتهای مطالعه حاضر این بود که، انتخاب شیوهی زایمان صرفا یک موضوع شخصی نمی باشد و سایر فاکتورها از جمله نظر پزشک، شرایط اجتماعی حاکم و وضعیت بیمارستانها و افراد تأثیرگذار نیز در افزایش سزارین مؤثر هستند، توصیه می شود در پژوهشهای آتی این موارد نیز مدنظر قرار گیرند. از آنجایی که هر برنامه خودکارآمدی به همراه تحلیل موقعیت کارآمدی بیشتری دارد لذا توصیه میشود در مطالعات آینده به این امر نیز توجه شود. از طرفی با توجه به پایین بودن حجم نمونه و عدم بررسی مادران باردار ساکن روستاها، برای دستیابی به نتایج با قابلیت تعمیم بالاتر لازم است این پـژوهش بـا حجم نمونه بیشتر و در سطح مناطق روستایی نیز انجام پذیرد.

سهم نویسندگان

محبوبه خورسندی: همکاری و مشاوره در انجام طرح و نگارش مقاله مریم عمیدی مظاهری: همکاری و مشاوره در انجام طرح و نگارش مسعود امیری: همکاری در جمع آوری داده ها و آنالیز آماری و نگارش مقاله

اكبر حسن زاده: انجام آناليز آماري

زهرا طاهری: اجرای طرح، جمع آوری داده و نمونه گیری، نگارش

تشكر و قدرداني

این مقاله حاصل پایان نامه ی دانشجویی کارشناسی ارشد در رشته آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان میباشد، بدین وسیله، نویسندگان مراتب سیاس و قدردانی خود را از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، پرسنل محترم معاونت بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی شهر کرد و کلیه ی مادرانی که صبورانه با پژوهشگر همیاری نمودند و سایر افرادی که ما را در انجام این پژوهش راهنمایی و یاری کردند، اعلام میدارند.



منابع

- **1.**Besharati F, Hazavhei Smm, Moeini B, Moghim Beigi A. Effect of Educational Interventions Based on Theory of Planned Behavior (TPB) in Selecting Delivery Mode among Pregnant Women Referred to Rasht Health Centers. Journal of Zanjan University of Medical Sciences. 2011;19:94-106 [Persian]
- **2.**Shakeri M, Mazlomzade S, Mohamadian F. Factors Affecting the Rate of Cesarean Section in Zanjan Maternity Hospitals in 2008. Journal of Zanjan University of Medical Sciences 2012;20:98-104 [Persian]
- **3.**World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 2008;45:436-7
- **4.**Paterson B. Yes, as long as the women is fully informed. Biritish Medical Journal. 1998;317:462-6
- **5.**Shariat M. Rate of cesarean and factors related to that in Maternity of Tehran. Payesh Journal 2002;3:12-6 [Persian]
- **6.**Dobson R. Cesarean section rate in England and Wales. BMJ 2009;3:1072-5
- **7.**Negahban T. Preference delivery method and effective factors on that from viewpoint of referrer women to therapy centers and clinices in rafsanjan. Rafsanjan University of Medical Sciences Journal. 2006;5:122-6[Persian]
- **8.**Arjmandi B, Farzinmoqadam S. Study of knowledge pregnant women toward vaginal delivery and cesarean in Tehran. Iran University of Medical Sciences Journal 2007;14:18-22 [Persian]
- **9.**Tabande A ,Kashani E. The prevalence of CS in women educated in University of Medical Sciences of Gorgan. Scientific journal of Gorgan university of medical sciences. 2006;2:67-70 [Persian]
- 10.Ganji F, Raeisi R, Khosravi S, Soltani P, Kasiri K, Jafarzadeh L, et al. Effect of a participatory intervention to reduce the number of unnecessary cesarean sections performed in Shahrekord, Iran. Shahrekord university of med sciences 2006;8:14-8 [Persian]
- **11.**Shakerian B. Prevalence and causes of cesarean section in Chahar Mahal and Bakhtiari. Shahrekord university of med sciences. 2004;6:69-73 [Persian]
- **12.**Hasanpoor S, Bani S. The preferred method of delivery and maternal factors affecting the choice of perspective, referring to Tabriz Al-Zahra Hospital Medicine. Journal of Nursing and Midwifery, Tabriz. 2008;10:51-6 [Persian]

- **13.**Alimohhamadian M, Sharieat M, Mahmodi M, Ramazanzadeh F. Effect of pregnant women requesting on elective caesarean section rate. Journal of payesh 2003;2:133-9 [Persian]
- **14.**Chigbu C, Ezeome I, loabachie G. Cesarean section on request in a developing country. International Journal Gynecol Obstet 2007;96:54-6
- 15.Arjmandi B, Farzin Moghaddam S. Assessment of the Level of the Pregnant Womens Knowledge Towards the Advantages and Disadvantages of Normal Vaginal Delivery and Cesarean Section, Tehran(2005). Journal of Medical Sciences of Iran 2005;14:13-22 [Persian]
- **16.**Zamani-Alavijeh F, Shahry P, Kalhory M, Haghighizadeh MH, Sharifirad GR, Khorsandi M. Identification of factors related to elective cesarean labor: a theory-based study. Scientific-Research Journal of Shahed University 2012;19:1-11 [Persian]
- 17. Angega A, Washington A, Vargas J, Gomes R, Rojas I, Caughey A. Chilean women's preference regarding mode of delivery: which do they prefer and why? An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2006;113:1253-8
- **18.**Ghooshchian S, Dehghani M, Khorsandi M, Farzad V. The role of fear of pain and related psychological variables in prediction of cesarean labor. Arak Medical University Journal. 2011;14:45-54 [Persian] **19.**Ryding E, Wijma B, Wijma K, M HR. Fear of childbirth during pregnancymay increase the risk of emergency cesarean section. Acta Obstetricia
- Gynecologica Scand 1998;77:542-7 20.Zafarghandi, Hadavand, Torkestani, Zaeri, Variji. Evaluation of anxiety and fear of labor in postpartum period. Journal of medical council of Islamic Republic of Iran. 2005;2:155-60[Persian]
- **21.**Atghaee M, Nouhi E. Imagine the pain of labor and cesarean and vaginal delivery in pregnant women tend to be referred to clinics in Kerman University of Medical Sciences. Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility 2011;14:44-50[Persian]
- **22.**Khorsandi M, Ghofranipour F, Hidarnia A, Faghihzadeh S, Vafaei M, Rousta F, et al. Relaxation effect on reducing fear and vaginal delivery in nulliparous women. Journal of Arak University of Medical Sciences 2008;11:29-36 [Persian]
- **23.**Shahraki Sanavi F, Navidian A, Rakhshani F, Ansari-Moghaddam A. The effect of education on base the Theory of Planned Behavior toward normal



delivery in pregnant women with intention elective cesarean. Journal of Hormozgan University of Medical Sciences 2012;7:531-9 [Persian]

24.Khorsandi M, Ghofranipoor F, Heidarneia A, Fagheihzade S, Akbarzadeh A, Vafaeei M. Efficacy of delivery in pregnant women. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2008;26:89-95 [Persian]

25.Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health education & Behavior 2004;31:143-64 **26.**Hofberg K, Ward M. Fear of pregnancy and childbirth. Postgrad Med Journal. 2003;79:505-10

27.Spice K, Jones S, Hadjistavropoulos H, Kowalyk K, Stewart S. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. Journal Psychosom Obstet Gynaecol. 2009;30:168-74

28.Khorsandi M, Jafarabadi MA, Jahani F, Rafiei M. Cultural Adaptation and Psychometric Testing of the Short Form of Iranian Childbirth Self Efficacy Inventory. Iran Red Cres Medical Journal 2013;15:23-9 [Persian]

29.Chularat Howharn. Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in Thai primiparas. University of Texas at Austin School of Nursing 2001;15:179-94

30.Rouhe H, Salmela-Aro K, Tokola M, Halmesmaki E, Saisto T. Obestetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous womenrandomised trial. An international journal of obstetrics and Gynaecology 2012;10:75-83

31.Khani S, Shaabankhani B. Is it possible to reduce cesarean section rates in Mazandaran. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2004;14:43-50 [Persian]

32.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;10:124-9 [Persian]

33.Ajh N, Sabet ghadam S, Unesyan M. The effect of health education on the rate of cesarean section. Journal Ghazvin University of Medical Sciences. 2011;14:71-6 [Persian]

34.Drummond J, Rickwood D. Childbirth confidence: validating the childbirth self-efficacy inventory (CBSEI) in an Australian sample. Journal of Advanced Nursing 1997;26:613-22

35.Ip W-Y, Chan D, Chien W-T. Chinese version of the Childbirth Self-efficacy Inventory. Journal of Advanced Nursing 2004;51:625-33

36.Dilks Fm, Ja B. Role of self efficacy in birth choice. Journal Perinat Nurs 1997;11:1-9.

37.Katri N, Olof S, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section- a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. Acta Obstetricia et Gynecologica. 2009;88:807-13

38.Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency cesarean section? Journal of Obstetrics & Gynecology2002;109:1213-21

ABSTRACT

Does maternal education can reduce the cesarean section?

Maryam Amidimazaheri ¹, Masoud Amiri ^{2*}, Mahbobeh Khorsandi ³, Akbar Hasanzadeh ¹, Zahra Taheri ¹

- 1. Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan,Iran
- 2. Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
- 3. Arak University of Medical Sciences, Arak,Iran

Payesh 2015; 5: 577-586

Accepted for publication: 13 September 2014 [EPub a head of print-1 September 2015]

Objective (s): Despite potential complications of cesarean section, the number of cesarean section has been increased worldwide as well as our country in recent years. In most developed countries, using educational interventions tended to decline the caesarean cases. In fact, training might be resulted in increased awareness and change women's attitude toward cesarean delivery and could also be effective in reducing caesarean section.

Methods: This quasi-experimental study was performed on 130 pregnant women in the sixth or seventh month of pregnancy that referred to urban health centers in Shahr-e kord (located in Chaharmahal and Bakhtiari Province) in order to assess the impact of an educational intervention on reducing cesarean section. Intervention was applied to the intervention group in three sessions about 60-90 minutes. Fears of childbirth and childbirth self-efficacy questionnaire (consisting of two parts, the childbirth expectation and the self-efficacy expectation) were used for data collection.

Results: The results showed that there were no significant differences between intervention and control groups in fear of childbirth, expectations and childbirth self-efficacy scores before the intervention. However, after intervention, mean scores of fear of childbirth in intervention group was reduced and expectations and childbirth self-efficacy had increased. 71.4% of mothers in intervention group and 53.8% of control mothers delivered their children naturally.

Conclusion: The findings suggest that providing the necessary training program during pregnancy could be effective to encouraging mothers to choose the natural delivery, so the design and implementation of educational interventions in pregnancy to reduce the caesarean is recommended.

Key Words: Intervention Study, Childbirth, Cesarean Section

E-mail: z.taheri11@yahoo.com

^{*} Corresponding author: Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan,Iran Tel: 0381-3333710