

دانشور

پژوهشی

اثر بخشی افزایش خودکارآمدی زایمان به شیوه واقعیت درمانی بر انتخاب روش زایمان واژینال در زنان باردار

نویسندگان: ماندانا محمودجانلو^۱، سهیلا نظرپور^{۲*}، حسن احدی^۱، آدیس
کراسکیان موجمباری^۱

۱. گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

۲. گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس، چالوس، ایران.

E-mail: soheilanazarpour@iauc.ac.ir

* نویسنده مسئول: سهیلا نظرپور

چکیده

مقدمه و هدف: یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر انتخاب روش زایمان طبیعی در زنان باردار خودکارآمدی زایمان است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی افزایش خودکارآمدی زایمان به شیوه واقعیت درمانی بر انتخاب روش زایمان واژینال در زنان باردار نخست‌زا بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جمعیت تحت مطالعه شامل ۳۹ زن باردار ساکن شهرستان نوشهر بودند که سن حاملگی ۴ هفته و بالاتر داشتند. روش سزارین انتخابی را جهت زایمان برگزیده و برای مراقبت مامایی طی دی‌ماه تا اسفندماه ۹۶ به مراکز بهداشت شهری و روستایی مراجعه کردند. نمونه به شیوه غیر تصادفی هدفمند انتخاب و در دو گروه مداخله (۲۰) و کنترل (۱۹) نفر تصادفی گمارده شدند. واقعیت درمانی در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دو بار در هفته برای گروه مداخله اجرا شد. از پرسشنامه خودکارآمدی زایمان لویی (CBSEL) برای جمع‌آوری داده‌ها و برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج: بعد از واقعیت درمانی، خودکارآمدی زایمان در افراد گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی‌داری نشان داد ($P < 0/01$). نمره خودکارآمدی زایمان زنانی که پس از واقعیت درمانی تصمیم به انجام زایمان واژینال گرفتند به‌طور معناداری بیشتر از افرادی بودند که همچنان انجام زایمان به روش سزارین را برای ختم حاملگی در نظر داشتند ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: واقعیت درمانی را می‌توان برای افزایش خودکارآمدی زایمان به کاربرد که خود می‌تواند بر انتخاب شیوه زایمان واژینال تأثیر مثبت داشته باشد.

واژگان کلیدی: واقعیت درمانی، خودکارآمدی زایمان، زایمان واژینال، بارداری

دوماهانامه علمی-پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال بیست‌وششم-شماره ۱۳۷

آبان ۱۳۹۷

دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۱۳

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۷/۰۸/۱۵

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۲۳

مقدمه

زایمان واژینال ایمن‌ترین و کم عارضه‌ترین روش زایمان در اکثریت موارد برای مادر و نوزاد است اما گاهی به دلایل مختلف زنان باردار از انتخاب این روش کم عارضه و ایمن سرباز زده و سزارین را انتخاب می‌نمایند. سازمان بهداشت جهانی (WHO) نسبت زایمان سزارین را تا مقدار ۱۵ درصد مناسب، قابل قبول و طبیعی می‌داند (۱). متأسفانه آمار نسبی بسیار فراتر از این استاندارد نشان می‌دهد. میزان سزارین در جهان از ۳۵ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۴۷/۹ درصد در سال ۲۰۰۹ رسیده است (۲). این الگوی رو به رشد در ایران نیز مشاهده می‌شود، به گونه‌ای که برخی از پژوهش‌های اخیر شیوع سزارین را در ایران حدود ۶۰-۵۰ درصد برآورد کرده‌اند که ۴-۳ برابر میزان توصیه شده سازمان جهانی بهداشت است (۳). این روند رو به رشد در شهرهای بزرگ‌تر نگران‌کننده است. برای مثال مطابق با آخرین مستندات ملی، میزان سزارین در تهران در برخی بیمارستان‌های خصوصی تا ۹۰ درصد برآورده شده‌اند.

شواهد بسیاری وجود دارد که عوامل روان‌شناختی بر انتخاب شیوه زایمان، جریان زایمان و خروج نوزاد تأثیرگذار است. از عوامل مهم دیگر دخیل در اجتناب از زایمان واژینال می‌توان از خودکارآمدی زایمان^۱ نام برد. خودکارآمدی زایمان به باور فرد در توانایی‌اش برای استفاده از رفتارهای مقابله خاص در طی درد زایمان اشاره می‌نماید (۴). خودکارآمدی زایمان، از عوامل تأثیرگذار برای مقابله با این موقعیت پرتنش و اجرای رفتارهای سازگار با درد زایمان خواهد بود و می‌تواند انگیزه و نگرش زنان باردار برای زایمان طبیعی را تحت تأثیر قرار دهد (۵). مطالعات اخیر نیز نشان داده‌اند که خودکارآمدی زایمان بر سزارین انتخابی، رضایت از زایمان و عملکرد زن باردار نقش دارد و به‌عنوان پیش‌بینی کننده تحمل درد زایمان معرفی شده است. زنانی که علیرغم توانایی فیزیولوژیک خود جهت زایمان واژینال تقاضای انجام

سزارین می‌کنند، این درخواست از خودکارآمدی کم آنان در انجام زایمان طبیعی حاصل می‌گردد چراکه زن باردار تصور می‌کند قادر به کنترل موقعیت درد زایمان نیست (۴).

علی‌پور و همکاران در پژوهش خود با عنوان بررسی تأثیر کلاس‌های آمادگی برای زایمان طبیعی بر خودکارآمدی در سازگاری با زایمان مادران باردار انجام شد اثربخشی این آموزش‌ها را نشان داد (۶).

در سال‌های اخیر متخصصین حوزه‌های مختلف روان‌شناسی برای رفع آن بخش از مسائل روانی که منجر به انتخاب سزارین می‌شود، روش‌ها و راه‌حل‌هایی ارائه کردند. در این میان رویکردهای روانشناسی مثبت‌گرا، از جمله روانشناسی سلامت اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است. در روانشناسی مثبت‌گرا از جمله واقعیت درمانی^۲، روی استعداد و توانمندی انسان به جای ناهنجاری و اختلال تأکید می‌شود (۷).

واقعیت درمانی مجموعه‌ای از تکنیک‌ها، روش‌ها و ابزارهایی است برای کمک به افراد، به‌منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب‌های مخرب به سازنده و از همه مهم‌تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود (۸). بر طبق این نظریه، افرادی که ارتباط میان رفتار و پیامدهای آن را می‌فهمند از کنترل درونی برخوردارند و در واقع این افراد باور دارند می‌توانند بر محیط تأثیر بگذارند (۹).

قضایی و همکاران در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از زایمان، ترس از درد و خودکارآمدی زایمان، نشان دادند که مداخله واقعیت درمانی برافزایش خودکارآمدی زایمان زنان مؤثر است (۱۰). اعتمادی، نصیرنژاد و اسمخانی مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب زنان انجام دادند که نتایج نشان داد واقعیت درمانی بر کاهش چشمگیر اضطراب زنان تأثیر دارد (۱۱).

². Reality therapy

¹. Childbirth self-efficacy

تصادفی در دو گروه مداخله (۲۰ نفر) و کنترل (۱۹ نفر) قرار گرفتند.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت شناختی پژوهشگر ساخت که شامل ۳ سؤال در خصوص سن، تحصیلات و سن بارداری بود و پرسشنامه خودکارآمدی زایمان لویی استفاده شد.

پرسشنامه خودکارآمدی زایمان لویی شامل پرسشنامه و مقیاس انتظار پیامد و خودکارآمدی زایمان^۱ است که توسط لویی^۲ (۱۹۹۳) به منظور اندازه‌گیری باور مادر در قابلیت سازگاری با درد زایمان طراحی گردیده است. این پرسشنامه دارای ۶۲ سؤال با ۴ زیر مقیاس است و از دو فاز، که هر فاز دارای دو بخش است، تشکیل شده است. بخش اول از فاز اول شامل ۱۵ سؤال است که انتظار پیامد فاز فعال زایمان را می‌سنجد. بخش دوم از فاز اول نیز شامل ۱۵ سؤال است که انتظار خودکارآمدی فاز فعال را می‌سنجد. فاز دوم مربوط به مرحله دوم زایمان است که شامل دو بخش است: بخش اول، انتظار پیامد از سؤال ۳۱ الی ۴۶ است؛ و بخش دوم، خودکارآمدی مربوط به فاز دوم زایمان را در نظر می‌گیرد و شامل سؤال ۴۷ الی ۶۲ است. با جمع نمرات خودکارآمدی در هر مرحله، نمره کل خودکارآمدی و با جمع نمرات انتظار پیامد، نمره کل پیامد زایمان به دست می‌آید و کل نمره خودکارآمدی از جمع حاصل این دو به دست می‌آید. در اینجا از ابزار فاز دوم استفاده شده است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط خورسندی و همکاران سنجیده شده است. به منظور تعیین همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و آلفای کرونباخ برای فاز اکتیو ۰/۸۸ و برای انتظار پیامد زایمان ۰/۹۱ و برای فاز دوم ۰/۹۳ اعلام شد (۱۲). پرسشنامه جمعیت شناختی پژوهشگر ساخت مشتمل بر ۳ سؤال بود که پرسش‌هایی در مورد سن، تحصیلات و سن بارداری را دربرمی‌گرفت.

با توجه به نکات فوق‌الذکر پژوهش حاضر با هدف پژوهش بررسی اثربخشی افزایش خودکارآمدی زایمان به شیوه واقعیت درمانی بر انتخاب روش زایمان واژینال در زنان باردار نخست‌زا انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بر روی ۳۹ زن باردار ساکن شهرستان نوشهر که در مراکز بهداشت شهری و روستایی شهرستان نوشهر دارای پرونده بارداری بوده و تحت مراقبت مامایی بودند و از اول دی‌ماه تا اول اسفندماه ۹۶ جهت تشکیل پرونده به این مراکز مراجعه کرده بودند، انجام گرفت و در کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی کرج با شناسه اخلاق IR.IAU.K.REC.1397.24 مورد تصویب قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حاملگی بیشتر از ۴ هفته، سن کمتر از ۳۵ سال، نخست‌زا بودن، انتخاب روش سزارین انتخابی به‌عنوان روش ختم بارداری در حاملگی فعلی، عدم وجود دلیل طبی برای انجام سزارین، عدم سابقه بیماری طبی یا روانی، عدم سابقه سقط یا مشکلات مامایی قبل و عدم مصرف دارو بودند. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تکمیل پرسشنامه، سقط‌جنین به هر علت، عدم حضور در جلسات آموزشی و داشتن غیبت بیش از دو جلسه از کل جلسات آموزش و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات به هر دلیلی بودند.

جهت انجام پژوهش محقق پس از کسب مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش، با مراجعه به مراکز بهداشت شهری و روستایی شهرستان نوشهر، آمار زنان باردار مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت موسی‌آباد شهرستان نوشهر جهت کنترل و معاینه پزشکی - مامایی طی دو ماه دی تا اسفندماه ۹۶ را دریافت نمود. سپس از بین زنان بارداری که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند، تعداد ۳۹ نفر به شیوه غیر تصادفی هدفمند انتخاب شده و پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از آنان برای شرکت در مطالعه، با کاربرد جدول اعداد

1. Childbirth Self Efficacy Inventory (CBSEI)

2. Lowe

مداخله گروهی واقعیت درمانی

است (۸) آموزش به روش سخنرانی، پرسش و پاسخ و کار گروهی با کاربرد اسلایدهای آموزشی و کارت‌های آموزشی در طی ۸ جلسه یک ساعت و نیم و هفته‌ای دو بار برگزار شد. محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

پس از تکمیل پرسشنامه‌های جمعیت شناختی و خودکارآمدی زایمان لویی توسط شرکت‌کنندگان و بعد از تعیین گروه مداخله، محقق اقدام به برگزاری جلسات واقعیت درمانی برای این گروه در محل یکی از مراکز بهداشتی درمانی شهر نوشهر نمود. محتوای جلسات درمانی برگرفته از کتاب واقعیت درمانی بوده

جدول ۱. محتوای جلسات روان‌درمانی به شیوه واقعیت درمانی

| جلسه اول | برقراری ارتباط درمانی |
|------------|---|
| جلسه دوم | بیان چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما، چرا و چگونه رفتار می‌کنیم، شناخت نیازهای اساسی خود و چگونگی برآورده کردن آن‌ها |
| جلسه سوم | شناخت رفتارهای کارآمد و ناکارآمد |
| جلسه چهارم | توضیح اینکه چگونه تغییر ادراک به آن‌ها کمک می‌کند تا انتخاب‌های بهتری داشته باشند |
| جلسه پنجم | توضیح اینکه همه رفتارهای آن‌ها یک رفتار کلی است و انتخاب کنونی آن‌ها چیست؟ توصیف جهان کیفی و جهان واقعی، تصاویر اختصاصی دنیای مطلوب آن‌ها و چگونگی تغییر دنیای کیفی |
| جلسه ششم | بر کردن شکاف بین آنچه می‌خواهم (دنیای مطلوب) و آنچه دارم (دنیای دریافتی)، آشنایی با خلاقیت آن‌ها و راه‌هایی که تاکنون برگزیده‌اند |
| جلسه هفتم | آشنایی با هیجانات و شناخت آن‌ها، آموزش مهارت تنظیم هیجان |
| جلسه هشتم | تثبیت دانسته‌ها و دانش جدید، اجرای پس‌آزمون |

آماري آنالیز کوواریانس تحلیل شد. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان و مقایسه دو گروه از نظر این اطلاعات در جدول ۲ ارائه شده است که نشان‌دهنده عدم وجود تفاوت معنی‌دار در دو گروه مداخله و کنترل است.

ملاحظات اخلاقی مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات حاصل از شرکت‌کنندگان، کسب رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش و ارائه توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش نیز رعایت گردید. پس از اتمام جلسات درمان، پس‌آزمون به شکل تکمیل مجدد پرسشنامه خودکارآمدی زایمان توسط همه افراد شرکت‌کننده در دو گروه مداخله و کنترل انجام شد. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS ویراست ۲۳ و آزمون

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش و مقایسه آن در دو گروه

| سطح معناداری (P) | شاخص | گروه کنترل (N=۱۹) | گروه مداخله (N=۲۰) | مشخصات جمعیت شناختی | |
|------------------|----------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| | | فراوانی (درصد) | | میزان | تحصیلات |
| ۰/۵۶۸ | $\chi^2=۰/۰۲۲$ | (۴۷/۳۷)۹ | (۴۵)۹ | دیبلم و کمتر از دیبلم | |
| | | (۵۲/۶۳)۱۰ | (۵۵)۱۱ | بالاتر از دیبلم | |
| ۰/۸۶۵ | $t=۰/۱۷۱$ | (۵۲/۶۳)۱۰ | (۴۰)۸ | ۱۹-۲۸ | سن (سال) |
| | | (۴۷/۳۷)۹ | (۶۰)۱۲ | ۲۹-۳۵ | |
| | | ۲۸/۴۲±۴/۸۵ | ۲۸/۷۰±۵/۳۱ | میانگین±انحراف معیار | |
| ۰/۵۰۱ | $t=۰/۶۷۹$ | (۵۲/۶۳)۱۰ | (۵۰)۱۰ | ۵-۱۸ | سن بارداری (هفته) |
| | | (۴۷/۳۷)۹ | (۵۰)۱۰ | ۱۹-۳۵ | |
| | | ۱۷/۳۷±۷/۳۶ | ۱۹/۰۰±۷/۶۴ | میانگین±انحراف معیار | |

در جدول ۳ مقایسه میانگین خودکارآمدی در دو گروه مداخله و کنترل در مرحله پیش از مداخله و بعد از مداخله نشان داده شده است که گویای عدم وجود تفاوت معنی‌دار در این نمره قبل از مداخله ($P=0/563$) و معنی‌دار شدن تفاوت در بین دو گروه در بعد از مداخله ($P<0/01$) است.

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه مداخله ۲۸/۷۰ سال و در گروه کنترل ۲۸/۴۲ سال بود. در گروه مداخله میانگین سن بارداری شرکت‌کنندگان ۱۹ هفته و در گروه کنترل ۱۷/۳۷ هفته بوده است. ۱۱ نفر در گروه مداخله و ۱۰ نفر در گروه کنترل تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند.

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی زایمان در دو گروه مداخله و کنترل

| نوبت آزمون | گروه مداخله N=۲۰ | | گروه کنترل N=۱۹ | |
|------------|----------------------------|--|----------------------------|-------|
| | انحراف معیار± میانگین نمره | | انحراف معیار± میانگین نمره | |
| پیش‌آزمون | ۲۸۹/۰۰±۴۳/۵۳ | | ۲۸۰/۶۳±۴۶/۰۵ | |
| پس‌آزمون | ۳۷۲/۰۵±۴۷/۶۴ | | ۲۸۸/۷۴±۴۱/۳۸ | |
| | آزمون t | | آزمون t | (P) |
| | | | | ۰/۵۶۳ |
| | | | | <۰/۰۱ |

درمانی در گروه مداخله (پس از حذف اثر پیش‌آزمون: ۳۶۹/۰۹) با میانگین آن در گروه کنترل (پس از حذف اثر پیش‌آزمون: ۲۹۱/۸۵)، تفاوت معناداری دارد. ($P<0/01$).

برای بررسی تأثیر واقعیت درمانی برافزایش خودکارآمدی زایمان در زنان باردار نخست‌زا از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی زایمان، پس از واقعیت

جدول ۴. خلاصه تجزیه و تحلیل کواریانس یک‌راهه تک متغیری خودکارآمدی زایمان

| منبع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | P | مجذور اتا η^2 |
|--|-------------------------|------------|-----------------|----------|-------|--------------------|
| متغیر کمکی (پیش‌آزمون) | ۳۹۰۸۴/۸۲۷ | ۱ | ۳۹۰۸۴/۸۲۷ | | | |
| متغیر مستقل (واقعیت درمانی: گروه مداخله- گروه کنترل) | ۵۷۵۹۷/۳۸۲ | ۱ | ۵۷۵۹۷/۳۸۲ | **۵۹/۵۰۹ | <۰/۰۱ | ۰/۶۲۳ |
| خطا کل تصحیح شده | ۳۴۸۴۳/۸۰۷ ۱۴۱۵۵۹/۶۹۲ | ۳۶ ۳۸ | ۹۶۷/۸۸۴ | | | |

زا مؤثر بوده و به نوبه خود موجب افزایش انتخاب زایمان واژینال برای خاتمه حاملگی گردید. بر اساس نتایج حاصل واقعیت درمانی برافزایش خودکارآمدی زایمان در زنان باردار نخست‌زا مؤثر بود. این یافته با نتایج پژوهش قضایی و همکاران با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری که مشابهت زیادی با واقعیت درمانی دارد بر خودکارآمدی زایمان و تمایل به سزارین که بر روی ۲۵ نفر از زنان نخست‌زای شهر مشهد انجام شد، همسو است (۱۰). نتایج به دست آمده همچنین با نتایج حاصله از پژوهش علی پور و همکاران که با هدف تعیین تأثیر این کلاس‌های آمادگی برای زایمان طبیعی انجام شد،

مقایسه میزان خودکارآمدی زایمان در دو گروه تحت مطالعه برحسب روش انتخابی زایمان با روش آزمون t نشان داد که نمره خودکارآمدی زایمان در آزمودنی‌هایی که پس از واقعیت درمانی تصمیم به انجام زایمان واژینال گرفته بودند (۹۵/۱۴) به‌طور معناداری بیشتر از آزمودنی‌هایی بود که پس از واقعیت درمانی تصمیم آن‌ها همچنان انجام زایمان به روش سزارین (۵۹/۸۳) بود ($P<0/05$).

بحث

نتایج این مطالعه مشخص نمود که واقعیت درمانی برافزایش خودکارآمدی زایمان در زنان باردار نخست‌زا

و انتظار پیامد با شیوه زایمان مورد تمایل زنان باردار نشان دادند بالا بودن خودکارآمدی و انتظار پیامد در زنان با انتخاب روش طبیعی زایمان در آنان در ارتباط است (۱۶). کنعانی و اله وردی پور در یک بررسی، خودکارآمدی مربوط به انتخاب نوع زایمان و زمان درد زایمان در زنان باردار را در رابطه با انتخاب نوع زایمان مؤثر نشان دادند که این خود در راستای نتایج به دست آمده از این پژوهش است (۲۱).

با توجه به کاهش چشمگیر تمایل زنان باردار به سزارین در نمونه پژوهش حاضر می‌توان گفت استفاده از مداخله واقعیت درمانی که یکی از درمان‌های موج سوم و مثبت نگر روان‌شناختی است، برای تغییر تصمیم زنان باردار جهت انتخاب شیوه زایمان یکی از نقاط مثبت این پژوهش است. از نقاط مثبت دیگر پژوهش می‌توان توجه به دغدغه مهم جامعه پزشکی و مامایی که همانا کاهش سزارین‌های غیرضروری و افزایش تمایل به زایمان واژینال بوده است، اشاره کرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: سوگیری و عدم صداقت در پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه توسط آزمودنی‌ها به هر علت، وجود عوامل مؤثر و مداخله‌گر متعدد که عملاً امکان بررسی و کنترل همگی آن‌ها میسر نبود، نظیر حمایت اجتماعی زنان باردار، تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی، اعتماد به کادر درمانی، موقعیت اقتصادی، پیشنهادها و مشاوره‌های غیر کارشناسی آشنایان و اطرافیان زنان باردار که معتمد آنان هستند و مسائل قومی و فرهنگی که ممکن است بر انتخاب روش زایمان آزمودنی‌ها تأثیر بگذارند.

با توجه به نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در رابطه با تأثیر مداخله واقعیت درمانی برافزایش خودکارآمدی زایمان و تأثیر آن بر انتخاب روش زایمان واژینال، پیشنهاد می‌گردد نهادها و ارگان‌های مسئول در امور خانواده و بهداشت مادران، در راستای آموزش به زنانی که تصمیم به بارداری دارند و یا باردار هستند از طریق تدوین برنامه عملیاتی در سطح دستگاه‌های مربوطه از جمله وزارت

همسو بوده است (۶). همچنین اسمخانی و همکاران (۱۳) و نیز مبارکه و دوکانه ای فرد (۹) در مطالعات خود نشان دادند که واقعیت درمانی بر عوامل فردی روان‌شناختی زنان مؤثر هستند.

فنیوک و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند درمان شناختی مبتنی برافزایش تاب‌آوری، باعث افزایش خودکارآمدی و سلامت روان در زنان شده است که حاکی از همسویی نتایج آنان با نتایج حاصل از پژوهش حاضر بود (۱۴). اسکات، اسلاد و اسپایی نیز که بر راهبردهای شناختی-رفتاری جهت مدیریت درد در طول زایمان کار کردند تا حد زیادی موفق به افزایش خودکارآمدی زایمان در زنان باردار شدند (۱۵).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که افزایش خودکارآمدی زایمان بر انتخاب زایمان واژینال در زنان باردار نخست‌زا مؤثر بود. نتایج حاصل از این پژوهش با نتیجه به دست آمده از مطالعات امیددی مظاهری با عنوان بررسی ارتباط خودکارآمدی و انتظار پیامد با شیوه زایمان مورد تمایل زنان باردار در شهرکرد مشابه بود (۱۶). ملکی و همکاران هم در پژوهشی دیگر با عنوان ترویج زایمان طبیعی در زنان باردار شکم اول به نتایج هم‌راستایی دست یافتند (۱۷). همچنین در یک مطالعه کیفی در خصوص تجارب و درک زنان نخست‌زا از پدیده زایمان در شیراز که توسط وزیری و همکارانش صورت پذیرفت مشخص گردید افزایش خودکارآمدی زایمان بر انتخاب روش زایمان واژینال مؤثر است (۱۸). نتایج پژوهش دولتیان و همکاران نیز که مطالعه‌ای با عنوان بررسی میزان رضایتمندی از زایمان طبیعی و عوامل مرتبط با آن بود، یکی از عوامل مؤثر در انتخاب روش طبیعی زایمان را خودکارآمدی معرفی نمودند (۱۹). در همین راستا معروفی زاده و همکاران در پژوهش خود بر روی ۲۱۲۰ زن نخست‌زا در شهر تهران مشخص نمودند که یکی از عوامل مرتبط با انجام سزارین در زنان نخست‌زا میزان خودکارآمدی است (۲۰). امیددی مظاهری و همکاران هم در پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط خودکارآمدی

نظر می‌رسد برای افزایش میزان زایمان واژینال و کاهش سزارین‌های غیرضروری می‌توان با به کارگیری دوره‌های کوتاه‌مدت واقعیت‌درمانی برای مادران باردار، گام مؤثری برداشت.

تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه دکتر است. در پایان لازم است از کلیه زنان بارداری که صبورانه در انجام این پژوهش مشارکت نموده و در اجرای آن ما را یاری کردند، قدردانی به عمل آید.

منابع

1. Maroufzadeh S, Bagheri N, Almasi A, Amini P. Prevalence of cesarean delivery and its related factors in primiparous women in Tehran province. *Journal of Isfahan Medical School* 2017; 35(423): 303-309.
2. Yousefzadeh S, EsmaceliDarmiyan M, AsadiYounesi M, Shakeri M. The Effect of a Training Program during Pregnancy on the Attitude and Intention of nulliparous Women to Choose the Delivery Mode. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2016; 1:4704-11.
3. Badiie S, Ravanshad Y, Azarfar A, Dastfan F, Babayi S, Mirzayi N. Survey of cesarean deliveries and their causes in hospitals affiliated to Mashhad University of medical sciences, Iran. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2013; 16(66):10-7.
4. Atghaei 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(7): 44-50.
5. Khavari F, Golmakani N, Salaki A, Aghamohammadian H. study of compatibility with labor pain based on irrational beliefs during pregnancy. *Iranian journal of Obstetrics Gynecology and Infertility* 2017; 20(5): 58- 67.
6. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei M. 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- 73.
7. Ansari M. Reasons for elective Cesarean section amongst pregnant women; a qualitative study. *Journal of Reproduction and Infertility* 2012; 13(4): 237-40.
8. Aghayousefi A.R, Tarkhan M, Mohammadi N, Afshar H. The role of pain relief in predicting the resilience of patients with chronic pain. *Health Psychology* 2016; 17(5): 22 – 38.
9. Jamasian A, Dokaneheifard F. The effectiveness of group therapy reality on increasing resilience, promoting life and improving the quality of infertile women in Sarem infertility center. *Health Psychology* 2017; 8(29): 237- 262.
10. Ghazaei M, Davoudi I, Mehrabi A et al. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fear of delivery, fear of pain, self-efficacy of labor and desire for cesarean section in nulliparous women. *Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility* 2016; 19(31): 1-12.
11. Etemadi A, Nasirnejhad F, Smkhaniakbarinejhad H. Effectiveness of group Reality Therapy on the Anxiety of women. *Journal of Psychological Studies* 2014; 10(2): 73- 88.
12. Khorsandi M, Ghofranipour F, Heidarnia A.R, faghizadeh S, Akbarzadeh A.R, Vafaei M. Perceived self-efficacy of labor in pregnant women. *Scientific Journal of Medical Organization* 2009; 26(1): 89-95.
13. Esmkhani H, Etemadi A, Nasirnejad F. the effectiveness of reality therapy on anxiety in women. *Psychological Studies at Alzahra University* 2014; 10(2): 19- 31.
14. Fenwick J, Gamble J, Creedy D.K, Buist A, Turkstra E, Sneddon A. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife- led psycho-education intervention. *BMC (bio medical center) Pregnancy Childbirth* 2013; 13:190-205.
15. Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Journal of Clinical Psychology Review* 2009; 29(7):617-22.
16. Amidimazaheri M, Taheri Z, Khorsandi M, Hasanzadeh A. investigating the relationship between self- efficacy and anticipation of outcome in the manner of delivery believed by pregnant women in Shahrekord. 2014; two monthly scientific and research *Journal of Shahed University* 2014. 21(111): 55- 62.

نتیجه‌گیری

واقعیت‌درمانی بر افزایش خودکارآمدی زایمان اثربخش است و افزایش خودکارآمدی زایمان نیز بر انتخاب شیوه زایمان واژینال تأثیر مثبت دارد. لذا به

17. Maleki H, Abaspour A, EbrahimiGhavam S. The effect of life skills training on students' academic self-efficacy. *Journal of Education Psychology* 2016; 11(37): 21-31.
18. Vaziri F, Khademian Z, Morshedi B, Qualitative study of the experiences and understanding of primiparous women from the phenomenon of childbirth. *Quarterly Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences*. Spring 2012; 9(3): 226-236.
19. Dolatian M, Pouneh M, Alavimajd H, Yazdjerdi M. Relationship between type of delivery and postpartum depression. *Journal of Reproduction and Infertility* 2006; 7(3): 260 – 268
20. Maroufizadeh S, Bagheri N, Almasi A, Amini P. Prevalence of cesarean delivery and its related factors in primiparous women in Tehran province. *Journal of Isfahan Medical School* 2017; 35(423): 303-309.
21. Kanaani S, Allahverdipoor H, Self-efficacy in choosing the type of delivery and labor time in pregnant women referring to health centers in Parsabad. *Journal of Health Education* 2014; 1(2): 37- 69.

The effectiveness of increasing the self-efficacy of childbirth through reality therapy on the choice of vaginal delivery in pregnant women

Mandana Mahmoodjanlou¹, Soheila Nazarpour^{2*}, Hasan Ahadi¹, Adis Kraskian¹

1. Department of Health Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran.
2. Department of Midwifery, Islamic Azad University, Chalus Branch, Chalus, Iran.

*Corresponding author e-mail: soheilanazarpour@iauc.ac.ir

Abstract

Background and Objective: One of the important factors in choosing vaginal delivery in pregnant women is self-efficacy of childbirth. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of increasing the self-efficacy of childbirth in the way of the reality therapy on the choice of vaginal delivery in pregnant women.

Materials and Methods: The research method was semi-experimental with pre-test and post-test design, and with control group. The study population included 39 pregnant women with gestational age ≥ 4 weeks in Nowshahr. These women had chosen cesarean section method for the termination of pregnancy and were visited for midwifery care in the urban and rural health centers from January to March 2018. The sample was selected using targeted non-random method and randomly divided into two experimental (20) and control groups (19). The reality therapy was performed in 8 sessions of 1.5 hours twice a week for the experimental group. The childbirth self-efficacy questionnaire of Lowe (CBSEL) was used for data collection. The data was analyzed using ANCOVA.

Results: After the intervention, the self-efficacy of childbirth was significantly higher in the experimental group as compared to the control group ($p < 0.01$). The self-efficacy of childbirth of women who chose vaginal delivery for termination of pregnancy was significantly more than those who still considered the method of cesarean section ($p < 0.05$).

Conclusion: The reality therapy can be used to increase the self-efficacy of childbirth, which can have a positive effect on the choice of vaginal delivery.

Keywords: Reality therapy, Self-efficacy of childbirth, Vaginal delivery, Pregnancy