

# تأثیر انگیزه و توانایی انتخاب نوع زایمان بر خودکارآمدی زایمان در زنان سزارین قبلی

سمیه عطاریان<sup>۱</sup>، ژاله فیضی<sup>۲</sup>، دکتر جمشید جمالی<sup>۳</sup>، دکتر محبوبه فیروزی<sup>۴،۵\*</sup>

۱. کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دکتری بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۰۶

## خلاصه

**مقدمه:** خودکارآمدی زایمان، نقش مهمی در افزایش توانایی سازگاری مادر با زایمان طبیعی و کاهش تمایل به انجام سزارین دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر انگیزه و توانایی انتخاب نوع زایمان بر خودکارآمدی زایمان در زنان سزارین قبلی انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کارآزمایی بالینی دوگروهه در سال ۱۳۹۹ بر روی ۶۲ زن باردار سزارین قبلی مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت مشهد انجام شد. افراد در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. در گروه مداخله، مشاوره فردی مبتنی بر مدل فوگ در هفته‌های ۳۰-۲۸ بارداری ارائه گردید. دو گروه فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه پژوهشگر ساخته انگیزه و توانایی مدل فوگ و پرسشنامه خودکارآمدی زایمان را در ابتدا و ۲ هفته بعد از پایان مداخله تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۵) و آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی و من‌ویتنی انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره سازه‌های مدل فوگ (انگیزه و توانایی) در هفته ۳۴-۳۶ بارداری در دو گروه مداخله ( $2/79 \pm 0/52$ ) و کنترل ( $2/33 \pm 0/31$ ) اختلاف آماری معنی‌داری را نشان داد ( $p < 0/001$ ). میانگین نمره خودکارآمدی زایمان در گروه مداخله قبل ( $4/17 \pm 2/08$ ) و بعد از مداخله ( $4/92 \pm 2/10$ ) اختلاف آماری معنی‌داری داشت ( $p = 0/012$ ).

**نتیجه‌گیری:** افزایش سطح انگیزه و توانایی انتخاب نوع زایمان، باعث افزایش خودکارآمدی زایمان می‌شود.

**کلمات کلیدی:** انگیزه، توانایی، خودکارآمدی زایمان، سزارین، مدل فوگ

\* نویسنده مسئول مکاتبات: محبوبه فیروزی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک: firoozim@mums.ac.ir

## مقدمه

زایمان یک فرآیند چندبعدی و با ابعاد جسمی، هیجانی، اجتماعی، فیزیولوژیک، فرهنگی و روانی است (۱). در اکثر زنان، زایمان طبیعی بهترین روش زایمانی به حساب می‌آید و مزایای زیادی برای مادر و نوزاد دارد. ولی به دلیل تمایل فزاینده به انجام عمل سزارین، میزان آن رو به کاهش است. فقدان آگاهی از عوارض سزارین و نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی، از علل افزایش تمایل زنان باردار نسبت به زایمان سزارین می‌باشد (۲). بر اساس آنچه سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده است، میزان قابل قبول برای انجام زایمان سزارین در هر منطقه ۱۵-۱۰٪ است، اما با این وجود، میزان سزارین در بسیاری از کشورها رو به رشد است. در ایران نیز این میزان ۳-۴ برابر میزان استاندارد و حدود ۶۰٪ می‌باشد و ۲۹٪ آن به صورت انتخابی و بدون دلایل پزشکی است (۳). در مطالعات مختلف، عوامل متعددی در انتخاب روش زایمان ذکر شده است که از آن جمله می‌توان به عدم آگاهی از روش‌های زایمان، عوامل درک شده از زایمان طبیعی، تجارب ناخوشایند، عدم اعتماد به نفس، خطر درک شده از زایمان سزارین برای نوزاد و بارداری‌های بعدی و ترس از درد زایمان طبیعی است (۴-۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ترس از زایمان طبیعی می‌تواند ناشی از خودکارآمدی ضعیف زایمان باشد (۹، ۱۰). آموزش‌های دوران بارداری، نقش مهمی در افزایش خودکارآمدی زایمان دارد (۱۱، ۱۲). خودکارآمدی زایمان با ابعاد مثبت به‌عنوان نشاط، احساس انسجام و حمایت مادرانه ارتباط دارد و با بیماری روانی قبلی، حالات روحی منفی و ترس از زایمان رابطه منفی دارد و با این جنبه‌ها ارتباط برقرار می‌کند و به زندگی در دوران بارداری کمک می‌کند و از این رو به‌عنوان یک دارایی در زمینه زایمان عمل می‌کند (۱۳). شکل‌گیری یک خودکارآمدی قوی، امکان موفقیت و رفاه و از همه مهم‌تر تنوع در رشد و مهارت‌های شخصی را فراهم می‌کند (۱۴). خودکارآمدی اعتقاد به توانایی برای نشان دادن رفتار مؤثر در مورد واقعی است که زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۵). مفهوم خودکارآمدی، سطح انگیزه‌ای است که در نتیجه

برنامه‌ریزی عمل، تشخیص و سازماندهی مهارت‌های لازم و ارزیابی مزایای به‌دست آمده همراه با مشکلات پدید می‌آید (۱۶). نتایج پژوهش‌های اخیر نشان داده است که خودکارآمدی نقش مهمی در سازگاری با لیبر و زایمان دارد و می‌تواند انگیزه و نگرش زنان باردار برای زایمان طبیعی را تحت تأثیر قرار دهد. زنانی که در زمان بارداری سطح اطمینان بیشتری در توانایی خود برای مقابله با لیبر دارند، درد کمتری در طی آن تجربه می‌کنند و به‌دنبال آن، استفاده از داروهای بی‌دردی در طی زایمان کاهش می‌یابد. خودکارآمدی بر طول مدت زایمان نیز تأثیر مثبتی می‌گذارد (۱۷-۱۹). خجسته و همکاران (۲۰۱۸) بیان کردند مشاوره حضوری در ارتقاء خودکارآمدی زایمان مؤثر است (۲۰). فرازر و همکاران (۱۹۹۷) در مطالعه خود تأثیر برنامه آموزشی برای مادران باردار سزارین قبلی را بررسی کردند و گزارش کردند مادرانی که انگیزه کمتری برای زایمان طبیعی بعد از سزارین داشتند، بیشتر گزینه سزارین تکراری را انتخاب نمودند (۲۱). انگیزه و توانایی، دو سازه اصلی مدل فوگ است. مدل فوگ در سال ۲۰۰۷ بیان می‌کند که افزایش انگیزه و توانایی منجر به انجام رفتار مناسب می‌شود. سازه انگیزه به سه مفهوم ترس/امید، درد/لذت و رد/پذیرش اجتماعی و سازه توانایی به مفاهیم منابع شامل پول و زمان، درگیری ذهنی و فیزیکی، انحراف اجتماعی و غیرعادی بودن می‌پردازد که همه این عوامل بر خودکارآمدی تأثیرگذار هستند (۲۲). عطاریان و همکاران (۲۰۲۱) نیز با الهام از سازه‌های مدل فوگ در مشاوره فردی زنان سزارین قبلی، تفاوت معناداری در قصد انتخاب زایمان طبیعی پس از سزارین ایجاد نمودند (۲۳). با توجه به اهمیت خودکارآمدی زنان در انتخاب روش مناسب زایمان، تعیین عوامل مرتبط با خودکارآمدی زایمان و ارتقاء آن در زنان باردار، به‌منظور طراحی مداخلات هدفمند برای ارتقاء زایمان طبیعی پس از سزارین ضروری به‌نظر می‌رسد. بنابراین، با توجه به اهمیت خودکارآمدی زایمان و محدود بودن تحقیقات مرتبط با آن، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر انگیزه و توانایی انتخاب نوع زایمان بر خودکارآمدی زایمان زنان

باردار سزارین قبلی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر مشهد انجام شد.

## روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوجروهه (مشاوره فردی و کنترل) در فاصله زمانی خرداد تا دی ماه ۱۳۹۹ بر روی ۶۲ زن باردار سزارین قبلی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر مشهد که بر اساس معیارهای ورود و خروج و هدف مطالعه داوطلب شرکت در پژوهش بودند، انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: تمایل به شرکت در پژوهش، ایرانی و ساکن مشهد، سواد در حد خواندن و نوشتن، سن ۴۰-۱۸ سال، سابقه یک بار سزارین قبلی، سن بارداری بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی یا سونوگرافی سه ماهه اول، بارداری ۳۰-۲۸ هفته، بارداری تک‌قلویی و جنین زنده با نمایش قله سر، وضعیت جفت<sup>۱</sup> و میزان مایع آمنیون<sup>۲</sup> بر اساس سونوگرافی نیمه دوم بارداری، نسبت به سن حاملگی طبیعی، اسکار عرضی سزارین قبلی، فاصله بیشتر یا مساوی ۶ ماه از زایمان قبلی تا اولین روز آخرین قاعدگی بارداری فعلی، عدم وجود مشکلات طبی<sup>۳</sup> و مامایی<sup>۴</sup> و اندیکاسیون سزارین<sup>۵</sup> در بارداری فعلی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم شرکت در حداقل یکی از جلسات مشاوره، عدم شرکت در آزمون بعد از پژوهش، به‌وجود آمدن اندیکاسیون ختم بارداری قبل از اتمام دوره پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها، عدم دریافت محتوای کانال و پمفلت، بروز بیماری طبی و عارضه مامایی در حین پژوهش بود.

نمونه‌گیری به‌روش چندمرحله‌ای و چارچوب نمونه‌گیری، مراکز جامع سلامت شهرستان مشهد بود. در ابتدا از بین ۵ مرکز جامع سلامت شهرستان مشهد، مراکز جامع سلامت شماره ۱ و ۳ به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد از هر کدام از این مراکز، ۴ مرکز یا پایگاه تحت پوشش با توجه به تعداد مراجعه‌کنندگان و بعد مکانی به‌طور در دسترس انتخاب شد. به‌منظور جلوگیری از تعامل و انتشار اطلاعات در دو گروه، با تخصیص تصادفی از هر مرکز، به هر گروه دو پایگاه اختصاص یافت. روش تخصیص تصادفی به این‌صورت بود که اسامی پایگاه‌ها و نام گروه‌ها بر روی کاغذهای جداگانه نوشته و در دو پاکت مجزا قرار داده شد. سپس به‌طور همزمان نام دو مرکز و یک گروه از دو پاکت انتخاب شد. بدین‌ترتیب ۴ پایگاه در گروه مداخله و ۴ پایگاه در گروه کنترل قرار گرفتند. سپس در داخل هر مرکز نمونه‌گیری به‌روش در دسترس انجام شد. برای تعیین حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعه اسماعیلی درمیان و همکاران (۲۰۱۸)، تأثیر احتمالی مداخله، برآورد شد تا در فرمول مقایسه دو نسبت<sup>۶</sup> برای تعیین حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ به‌کار رود (۲۴). بر اساس محاسبه انجام شده ۳۱ نفر در هر گروه (۶۲ نفر در مجموع) و با در نظر گرفتن احتمال ۱۰٪ ریزش نمونه، ۳۴ نفر در هر گروه محاسبه شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه مشخصات فردی (سن مادر، تحصیلات مادر، تحصیلات همسر، شغل مادر، شغل همسر، سطح درآمد خانواده)، مشخصات مامایی (تعداد بارداری، تعداد فرزندان، اندیکاسیون سزارین قبلی، سابقه زایمان طبیعی، مکان انجام مراقبت‌های دوران بارداری) و پرسشنامه پژوهشگر ساخته انگیزه و توانایی مدل فوگ استفاده شد که بخش اول این پرسشنامه مشتمل بر ۲۳ سؤال مربوط به انگیزه، بخش دوم شامل ۲۹ سؤال و مربوط به توانایی بر مبنای مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای (کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف) است. نمره ۱ پایین‌ترین سطح انگیزه و توانایی و نمره

<sup>۱</sup> منظور از وضعیت طبیعی جفت، لانه‌گزینی، تکامل و آناتومی طبیعی جفت متناسب با سن بارداری است.

<sup>۲</sup> منظور حجم طبیعی مایع آمنیون بر اساس بسته یا شاخص مایع آمنیون و با مقیاس نیمه کمی است.

<sup>۳</sup> منظور فشارخون بالا، پرکاری و یا کم‌کاری تیروئید، بیماری‌های کبدی، قلبی، تنفسی، کلیوی، انعقادی، صرع، فلج، اختلالات روانی تشخیص داده شده توسط روانپزشک یا روانشناس می‌باشد.

<sup>۴</sup> مسمومیت بارداری، دیابت بارداری، پلی‌هیدرامنیوس و الیگو‌هیدرامنیوس شناخته شده با سونوگرافی، جدا شدن زودرس جفت، پارگی زودرس پرده‌های جنینی بیش از ۱۲ ساعت، اریتروبلاستوز جنینی، کاهش حرکات جنین، ناهنجاری‌های جنین، خونریزی غیرطبیعی

<sup>۵</sup> برخی از اندیکاسیون‌های سزارین عبارتند از: لانه‌گزینی غیرطبیعی جفت، وضعیت غیراطمینان‌بخش جنین، دفورمیت لگن، تبخال تناسلی، عدم تناسب سری- لگنی، سرطان تهاجمی سرویکس، بیماری طی و مامایی مادر، چندقلویی، درخواست مادر، عدم پیشرفت زایمان، عدم نمایش مناسب، ماکروزومی

<sup>۶</sup> Cochran's formula

به متخصص زنان در ارتباط با نوع زایمان توسط پژوهشگر قبل و بعد از مداخله پرسیده و ثبت گردید. در گروه مداخله علاوه بر دریافت مراقبت‌های روتین مرکز بهداشتی درمانی، مشاوره فردی مبتنی بر مدل فوگ (۲۲) توسط پژوهشگر به صورت چهره‌به‌چهره، طی ۲ جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای، یک هفته در میان و تا حد امکان بر اساس روزهای مراجعه مادر به مرکز در هفته‌های (۳۰-۲۸، ۳۲-۳۰، ۳۴-۳۲) انجام شد (۲۳). توانایی پژوهشگر در اجرای جلسات مشاوره فردی پس از کسب مجوز انجام مشاوره و نظارت اساتید مشاور تخصصی و راهنما بر اجرای ۳ جلسه مشاوره برای زنان باردار سزارین قبلی مورد تأیید قرار گرفت. جلسه سوم که به دلیل شیوع بیماری کرونا به صورت غیرحضوری برگزار شد، به این صورت بود که تمام مطالب مرتبط با روش‌های زایمان (فیلم سزارین و زایمان طبیعی، انواع ماساژ برای کاهش درد زایمان، ورزش‌های دوران بارداری و حین زایمان، مصاحبه با مادران دارای تجربه زایمان طبیعی پس از سزارین موفق، پمفلت‌های آموزشی مرتبط) در کانال تلگرامی در اختیار واحدهای پژوهش قرار می‌گرفت. ۲ هفته بعد از اتمام مداخله، مجدداً پرسشنامه‌ها در دو گروه مداخله و کنترل تکمیل و پمفلت آموزشی به گروه کنترل تحویل می‌گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۵) انجام شد. برای توصیف اطلاعات فردی- مامایی از میانگین، انحراف معیار و جدول توزیع فراوانی استفاده شد. ابتدا توسط آزمون کولموگروف- اسمیرنوف بر خورداری متغیرهای کمی از توزیع طبیعی تعیین شد. برای بررسی همگنی دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک از آزمون‌های کای دو و دقیق فیشر، برای مقایسه میانگین بین دو گروه از آزمون تی مستقل و من‌ویتنی و برای مقایسه میانگین قبل و بعد در هر گروه از آزمون تی زوجی استفاده شد. در تمام آزمون‌ها ضریب اطمینان ۰/۹۵ و میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

۵، بالاترین سطح انگیزه و توانایی را نشان می‌دهد و در مجموع سؤالات، نمره بالاتر بیانگر انگیزه و توانایی بیشتر است؛ به این ترتیب که این فرم‌ها با مطالعه کتب و مقالات جدید، تحت نظر اساتید راهنما و مشاور در زیرسازهای انگیزه (لذت و درد، ترس و امید، پذیرش و رد اجتماعی) و توانایی (پول، زمان، تلاش ذهنی، تلاش فیزیکی و انحراف اجتماعی) تنظیم و سپس در اختیار ۷ تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار گرفت و پس از لحاظ نمودن پیشنهادات و اصلاحات لازم، ابزار نهایی مورد استفاده قرار گرفت. برای پرسشنامه مبتنی بر مدل فوگ علاوه بر روایی محتوی، CVI و CVR نیز تعیین گردید و از مجموع ۶۰ عبارت طراحی شده، ۸ عبارتی که دارای  $r < 0/80$  بودند، حذف شدند. پایایی این ابزار (همسانی درونی) با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در اجرای پرسشنامه بر روی ۱۰ نفر از واحدهای پژوهش به‌عنوان پایلوت محاسبه و با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۲ به تأیید رسید. فرم کوتاه پرسشنامه خودکارآمدی زایمان لویی و همکاران، دارای ۱۶ سؤال است که بر مبنای مقیاس ۱۰ نقطه‌ای از ۱-۱۰ نمره‌گذاری شده است؛ به این صورت که به‌گزینه کاملاً مطمئن، نمره ۱۰ و کاملاً نامطمئن، نمره ۱ تعلق می‌گیرد. نمره نهایی از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به‌دست می‌آید و در مجموع از ۱۶۰-۱۶ نمره دارد. نمره بیشتر نشان‌دهنده سطوح بالاتر خودکارآمدی می‌باشد. این پرسشنامه اولین بار توسط لویی (۲۰۰۰) استفاده شد و خرسندی و همکاران (۲۰۰۸) روایی محتوی فرم کوتاه شده آن را به‌روش روایی محتوی توسط گروه متخصصان بر روی ۱۷۶ زن باردار تأیید نمودند (۲۵). در مطالعه حاضر، روایی این پرسشنامه نیز از طریق روایی محتوی و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به تأیید رسید. قبل از مداخله، پرسشنامه‌های مشخصات فردی- مامایی، مدل فوگ و خودکارآمدی زایمان تکمیل شد. در هر دو گروه، مراقبت‌های روتین از جمله: مشاوره انتخاب نوع زایمان توسط مراقب سلامت، شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان و آموزش انتخاب نوع زایمان در جلسه ششم، ارجاع

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن افراد مورد مطالعه در گروه مداخله  $29/61 \pm 4/10$  سال و در گروه کنترل  $31/55 \pm 4/29$  سال ( $p=0/074$ ) و میانگین و انحراف معیار سن بارداری در گروه مداخله  $28/77 \pm 0/99$  هفته

و در گروه کنترل  $29/42 \pm 1/15$  هفته بود ( $p=0/071$ ). آزمون‌های آماری نشان داد توزیع متغیرهای دموگرافیک در دو گروه همگن است ( $p>0/05$ ). سایر مشخصات دموگرافیک نمونه پژوهش به تفکیک دو گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	گروه	
	مشاوره (۳۱ نفر)	کنترل (۳۱ نفر)
تعداد بارداری (عدد)	$0/82 \pm 2/47$	$0/57 \pm 2/27$
تعداد فرزندان (عدد)	$0/32 \pm 1/12$	$0/24 \pm 1/00$
فاصله بین زایمان قبلی تا بارداری فعلی (سال)	$1/89 \pm 5/06$	$1/94 \pm 4/97$
تحصیلات	ابتدایی	۱ (۳/۲)
	راهنمایی	۶ (۱۹/۲)
	متوسطه	۱۲ (۳۸/۷)
	عالی	۱۵ (۴۸/۴)
شغل	خانه دار	۲۸ (۹۰/۳)
	شاغل	۳ (۹/۷)
درآمد خانواده	کمتر از حد کفاف	۳ (۹/۷)
	در حد کفاف	۲۸ (۹۰/۳)
	بیشتر از حد کفاف	۱ (۳/۲)
پوشش بیمه	بلی	۲۸ (۹۰/۳)
	خیر	۳ (۹/۷)
سابقه زایمان طبیعی	بلی	۵ (۱۶/۱)
	خیر	۲۸ (۸۳/۹)
رضایت از سزارین قبلی	بلی	۲۴ (۷۷/۴)
	خیر	۷ (۲۲/۶)
توصیه همسر برای نوع زایمان	سزارین	۱۴ (۴۵/۲)
	زایمان طبیعی	۴ (۱۲/۹)
	نظری ندارد	۱۳ (۴۱/۹)
برنامه‌ریزی بارداری	با برنامه‌ریزی	۲۰ (۶۴/۵)
	بدون برنامه‌ریزی	۱۱ (۳۵/۵)

\* آزمون من ویتنی، \*\* آزمون دقیق فیشر، \*\*\* آزمون کای دو. متغیرهای کمی بر اساس میانگین  $\pm$  انحراف معیار و متغیرهای کیفی بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

( $p=0/012$ ) نسبت به قبل از مداخله، تفاوت آماری معنادار نشان دادند. همچنین در مقایسه بین دو گروه، تغییرات میانگین در سازه‌های مدل فوگ ( $p=0/008$ ) و در حیطه خودکارآمدی زایمان ( $p=0/022$ ) تفاوت آماری معنی‌داری نشان دادند (جدول ۲ و ۳).

بر اساس نتایج آزمون‌های آماری، قبل از مداخله، میانگین نمرات سازه‌های مدل فوگ (انگیزه و توانایی) و خودکارآمدی زایمان در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ( $p>0/001$ )، ولی پس از اجرای مشاوره مبتنی بر مدل فوگ در گروه مداخله، هم سازه‌های مدل (انگیزه و توانایی) ( $p=0/004$ ) و هم خودکارآمدی زایمان

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات سازه مدل فوگ (انگیزه و توانایی) قبل از مداخله و ۲ هفته بعد از پایان مداخله به تفکیک گروه

سطح معنی داری	گروه		متغیر
	مشاوره	کنترل	
*.۰/۱۹۳	۰/۵۱±۲/۴۵	۰/۴۰±۲/۳۲	قبل از مداخله
**۰/۰۰۱<	۰/۵۲±۲/۷۹	۰/۳۱±۲/۳۳	دو هفته بعد از مداخله
**۰/۰۰۸	۰/۵۹±۰/۳۳	۰/۳۰±۰/۰۰۱	تغییرات میانگین قبل از مشاوره و ۲ هفته بعد از اتمام مشاوره
	***۰/۰۰۴	***۰/۹۷۱	سطح معنی داری

\*آزمون من ویتنی، \*\*آزمون تی مستقل، \*\*\*آزمون تی زوجی

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی زایمان قبل از مداخله و ۲ هفته بعد از پایان مداخله به تفکیک گروه

سطح معنی داری	گروه		متغیر
	مشاوره	کنترل	
**۰/۰۰۸	۲/۰۸±۴/۱۷	۲/۴۰±۴/۳۲	قبل از مداخله
**۰/۱۹۲	۲/۱۰±۴/۹۲	۲/۲۷±۴/۱۸	دو هفته بعد از مداخله
*۰/۰۲۲	۱/۵۰±۰/۷۳	۲/۰۱± -۰/۱۳	تغییرات میانگین قبل از مشاوره و ۲ هفته بعد از اتمام مشاوره
	***۰/۰۱۲	***۰/۷۰۷	سطح معنی داری

\*آزمون من ویتنی، \*\*آزمون تی مستقل، \*\*\*آزمون تی زوجی

## بحث

خودکارآمدی زنان باردار بین دو گروه مشاهده شد (۱۷). نتایج مطالعه بریکسوال و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد افرادی که آموزش‌های قبل از زایمان می‌بینند، نسبت به گروه شاهد خودکارآمدی بالاتر و ترس از زایمان کمتری دارند (۲۷). نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همسو بود. در مطالعه خایکین و همکاران (۲۰۱۶) پس از انجام مداخله آموزشی، میانگین نمره خودکارآمدی بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت نداشت و نتایج برای متغیر خودکارآمدی معنادار نبود (۲۸). عدم همخوانی نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر می‌تواند احتمالاً به دلیل تفاوت در زمان انجام مداخله باشد، از طرفی مداخله آنها به صورت آموزش بوده و بر روی زنان نخست باردار انجام شده است و تعاملی که در جلسات مشاوره وجود دارد را نداشته‌اند و در مطالعه حاضر، مادران سزارین قبلی بوده‌اند و نگرانی، ابهام و تردید در این گروه بالاتر است و مشاوره فردی، فرصتی برای رفع این موانع را پدید خواهد آورد. خودکارآمدی، نقش مهمی در سازگاری با زایمان دارد و می‌تواند انگیزه و نگرش مادران را به زایمان طبیعی تغییر دهد. به منظور تقویت خودکارآمدی، افزایش انگیزه و آگاهی مادران باردار در مورد لیبر،

در پژوهش حاضر که با هدف تعیین تأثیر انگیزه و توانایی انتخاب نوع زایمان بر خودکارآمدی زایمان زنان باردار سزارین قبلی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر مشهد انجام شد، میانگین خودکارآمدی زایمان با انجام مشاوره و بالا بردن سطح انگیزه و توانایی افراد در انتخاب نوع زایمان افزایش یافت. نتایج مطالعه جاکین و همکاران (۲۰۱۹) و ال کاردی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان به طور معنی داری نمره خودکارآمدی زایمان را افزایش می‌دهد (۱۱، ۱۲). مطالعه نیمه تجربی علی پور و همکاران (۲۰۱۷) که با هدف تعیین تأثیر کلاس‌های آمادگی زایمان بر خودکارآمدی زایمان بر روی ۱۵۰ زن باردار انجام شد، نشان داد که برنامه کلاس‌های آمادگی زایمان در افزایش خودکارآمدی زنان باردار در سازگاری با لیبر تأثیر دارد (۲۶). در مطالعه کارآزمایی بالینی آی پی و همکاران (۲۰۰۹) که با هدف تأثیر آموزش بر خودکارآمدی زایمان زنان باردار بر روی ۱۳۳ زن باردار انجام شد، پس از آموزش افزایش معنی داری در سطح

تغییر و تحول در آنان مستلزم حمایت‌های سازمان‌های بهداشتی درمانی و نیز فرهنگ‌سازی در سطح جامعه است.

### نتیجه‌گیری

افزایش انگیزه و تقویت توانایی برای انتخاب نوع زایمان، خودکارآمدی مادر در زایمان را افزایش می‌دهد. خودکارآمدی، نقش مهمی در سازگاری با زایمان دارد و سطح بالای آن در مادران باردار، ترس از زایمان را کاهش می‌دهد و می‌تواند تأثیر بسزایی در کاهش انتخاب سزارین و عوارض پس از آن داشته باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد اخلاق IR.MUMS.NURSE.REC.1398.081 و ثبت کارآزمایی بالینی با کد IRCT20200105046014N1 می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که حمایت مالی این طرح را بر عهده گرفتند و همچنین از اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی و همکاری صمیمانه کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهر مشهد و مادران عزیزی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

زایمان و تغییر رفتار، باعث افزایش تسلطشان بر کنترل دردها و کاهش ترس و اضطراب خواهد شد. یکی از مؤثرترین روش‌ها جهت افزایش این توانمندی، مشاوره است که می‌تواند سبب ارتقاء خودآگاهی، انگیزه، اعتماد به نفس، کمک به تصمیم‌گیری و حل مسئله، توسعه مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، اطمینان به توانمندی‌های خود و تسهیل تغییر رفتار مراجعان شود. از نقاط قوت این پژوهش این بود که مشاوره بر اساس مدل فوگ در جهت افزایش خودکارآمدی زایمان انجام شد. سازه‌های این مدل یعنی انگیزه و توانایی که عوامل مهمی در بروز رفتار مناسب هستند، به تازگی در پژوهش‌های علوم پزشکی استفاده شده و با تعامل و مشاوره فردی، زمینه را برای اثربخشی این مؤلفه‌ها فراهم و در نتیجه منجر به افزایش خودکارآمدی زایمان شد که نقش مهمی در سازگاری با لیبر دارد، از آنجایی که انگیزه‌های فردی و توانمندی شخصی در مشاوره قابل بررسی است، مشاوره فردی بالینی با تمرکز بر روی این سازه‌ها می‌تواند در کمک به انتخاب نوع زایمان مؤثر باشد. با توجه به نتایج مطالعه، پژوهش‌هایی در زمینه بررسی عوامل انگیزشی و راهکارهای افزایش توانمندی افراد در انتخاب نوع زایمان پیشنهاد می‌شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، همزمانی مطالعه با شیوع کرونا بود که ارائه جلسات مشاوره را محدود می‌نمود. محدودیت دیگر، مداخله در زیرسازه‌هایی از جمله بعد مالی و بعد اجتماعی در سازه توانایی بود که

### منابع

1. Salmela-Aro K, Read S, Rouhe H, Halmesmaki E, Toivanen RM, Tokola MI, et al. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *Journal of health psychology* 2012; 17(4):520-34.
2. Firoozi M, Tara F, Ahanchian MR, Roudsari RL. Clinician's and women's perceptions of individual barriers to vaginal birth after cesarean in Iran: A qualitative inquiry. *Caspian Journal of Internal Medicine* 2020; 11(3):259.
3. Azizi M, Salari P. C-section in request: an ethical approach. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2009; 2(2):55-66.
4. Baghianimoghadam MH, Zolghadar R, Moghadam BB, Darayi M, Jozy F. Related factors to choose normal vaginal delivery by mothers based on Health Belief Model. *Journal of education and health promotion* 2012; 1.
5. Pakenham S, Chamberlain SM, Smith GN. Women's views on elective primary caesarean section. *Journal of obstetrics and Gynaecology Canada* 2006; 28(12):1089-94.
6. Black M, Entwistle VA, Bhattacharya S, Gillies K. Vaginal birth after caesarean section: why is uptake so low? Insights from a meta-ethnographic synthesis of women's accounts of their birth choices. *BMJ open* 2016; 6(1):e008881.

7. Chen SW, Hutchinson AM, Nagle C, Bucknall TK. Women's decision-making processes and the influences on their mode of birth following a previous caesarean section in Taiwan: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth* 2018; 18(1):1-13.
8. Firoozi M, Tara F, Ahanchian MR, Roudsari RL. Health care system barriers to vaginal birth after cesarean section: a qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 2020; 25(3):202.
9. Sydsjö G, Sydsjö A, Gunnervik C, Bladh M, Josefsson A. Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2012; 91(1):44-9.
10. Zamani-Alavijeh F, Shahry P, Kalhory M, Haghhighzadeh MH, Sharifirad GR, Khorsandi M. Identification of factors related to elective cesarean labor: a theory-based study. *Daneshvar Medicine: Basic and Clinical Research Journal* 2020; 19(5):1-10.
11. Jaqin N, Syafar M, Hatta M, Nontji W. Increasing of pregnancy education on the self efficacy of pregnant women in groups accompanied by their husbands and groups unaccompanied husband in gowa regency. *Int J Sci Basic Appl Res* 2019; 44(1):33-42.
12. El-Kurdy R, Hassan SI, Hassan NF, El-Nemer A. Antenatal education on childbirth self-efficacy for Egyptian primiparous women: a randomized control trial. *IOSR J Nurs Health Sci* 2017; 6(4):15-23.
13. Carlsson M, Ziegert K, Nissen E. The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery* 2015; 31(10):1000-7.
14. Kaya CE, Şahin NH. The adaptation to parenthood support program for expectant mothers in Turkey: Effects of on parenthood self-efficacy. *International Journal of Medical Science and Clinical Inventions* 2017; 4(2):2670-8.
15. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review* 1977; 84(2):191.
16. Yildirim F, Ilhan İÖ. The validity and reliability of the general self-efficacy scale-Turkish form. *Turk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21(4):301.
17. Ip WY, Tang CS, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of clinical nursing* 2009; 18(15):2125-35.
18. Amidimazaheri M. A study of the relationship between self-efficacy and outcome expectations with delivery types election among pregnant women in Shahrekord city; 2014.
19. Shahidi MS, Amidi-Mazaheri M, Hasanzadeh A, Shahidi ES. Analysis of Factors Affecting the Self-Efficacy of Natural Childbirth in Pregnant Women. *Journal of Health System Research* 2021; 17(1):16-21.
20. Khojasteh F, Eshteharian Dokht Z, Ansari H. Comparison of in-person counseling and telephone support on delivery self-efficacy in primiparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018; 21(9):26-34.
21. Fraser W, Maunsell E, Hodnett E, Moutquin JM, Childbirth Alternatives Post-Cesarean Study Group. Randomized controlled trial of a prenatal vaginal birth after cesarean section education and support program. *American journal of obstetrics and gynecology* 1997; 176(2):419-25.
22. Fogg BJ. *Tiny habits: the small changes that change everything*. Eamon Dolan Books; 2019.
23. Attarian S, Feyzi Z, Jamali J, Firoozi M. Influence of Individual Consulting based on Fogg's Behavior Model on Choosing Vaginal Birth after Caesarean. *Health Education and Health Promotion* 2021; 9(4):437-43.
24. Darmian ME, Yousefzadeh S, Najafi TF, Javadi SV. Comparative study of teaching natural delivery benefits and optimism training on mothers' attitude and intention to select a type of delivery: an educational experiment. *Electronic physician* 2018; 10(7):7038.
25. 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.
26. Alipour P, Alizadeh S, Moghaddam TF, Sayadi H. The Effect of Antenatal Preparation Classes on Self-Efficacy Coping With Childbirth in Pregnant Women Referring to Fatemeh Polyclinic, and Other Health Care Centers in Urmia In 2015. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2017; 14(10):859-866.
27. 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; 10:32-4.
28. 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.