ORIGINAL ARTICLE

Effect of Prenatal Psychological Trainings on Satisfaction with Childbirth and Maternal Role Competence in Primiparous Women

Masoumeh Kordi[1],
Mohaddeseh Bakhshi[2],
Shahed Masoudi[3],
Habibolah Esmaily[4]

[1] Assistant Professor, Department of Midwifery, Evidence-Based Health Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[2] Midwifery Instructor, Department of Midwifery, Islamic Azad University, Quchan Branch, Quchan, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Counseling and Psychology, Islamic Azad University, Quchan Branch, Quchan, Iran
[4] Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

(Received November 4, 2017 ; Accepted March 13, 2018)

Abstract

Background and purpose: Women's satisfaction with childbirth may influence their transition to motherhood. Training interventions during pregnancy may improve the ability of expectant mothers to cope with stress, promote the maternal role competence, and increase mothers' satisfaction. This study aimed at investigating the effect of prenatal psychological trainings on satisfaction with childbirth and maternal role competence in primiparous women.

Materials and methods: This clinical trial was conducted in 122 primigravid women at 14-28 gestational age attending the Healthcare Centers in Mashhad, Iran 2015-2016. The subjects were divided into two groups of intervention and control using drawing. The intervention group received psychological trainings in three sessions. Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, The Parenting Sense of Competence Scale, and Edinburgh Postnatal Depression Scale were administered. Data were analyzed applying descriptive and analytical statistics.

Results: Satisfaction with childbirth experiences was significantly higher in the intervention group compared to that in the control group (23.3% and 12.9%, respectively, P= 0.046). The mean scores for maternal role competence in intervention group and controls were the values61 (10) and 54/5 (12), respectively, indicating significant differences between the two groups (P= 0.003).

Conclusion: According to current findings, prenatal psychological trainings increased mothers' satisfaction with childbirth and enhanced maternal role competence.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT2017071135008N1)

Keywords: satisfaction, childbirth, maternal role, pregnancy, primigravid women, psychological training

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (165): 98-108 (Persian).

* **Corresponding Author: Mohaddeseh Bakhshi-** Islamic Azad University, Quchan Branch, Quchan, Iran (E-mail: bakhshi.t@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هشتم شماره ۱۶۵ مهر سال ۱۳۹۷ (۱۰۸-۹۸)

تاثیر برنامه آموزش روانشناختی در دوران بارداری بر رضایتمندی از زایمان و شایستگی نقش مادری در زنان نخست زا

معصومه کردی[۱]
محدثه بخشی[۲]
شاهد مسعودی[۳]
حبیب الله اسماعیلی[۴]

چکیده

سابقه و هدف: رضایت مادر از تجربه زایمان ممکن است انتقال به دوره مادر شدن را تحت تاثیر قرار دهد. مداخلات آموزشی طی بارداری ممکن است سبب بهبود توانایی مادر جهت مقابله با استرس و ارتقاء شایستگی نقش مادری و افزایش رضایتمندی مادر گردد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزش روانشناختی در دوران بارداری بر رضایتمندی از زایمان و شایستگی نقش مادری در زنان نخست زا انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی روی ۱۲۲ زن نخست باردار با سن حاملگی ۲۸-۱۴ هفته مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴ انجام شد. افراد به صورت تصادفی با استفاده از قرعه کشی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. گروه مداخله، ۳ جلسه برنامه آموزش روانشناختی را دریافت کردند. ابزار پژوهش شامل مقیاس رضایتمندی از زایمان مک کی، احساس والدین از شایستگی و افسردگی پس از زایمان ادینبورگ بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آمار توصیفی و تحلیلی صورت گرفت.

یافته‌ها: میزان رضایتمندی مادر از زایمان در گروه مداخله به طور معنی دار بیش تر از گروه کنترل بود (p=۰/۰۴۶)، به طوری که میزان رضایتمندی کامل از زایمان در گروه مداخله ۲۳/۳ درصد و در گروه کنترل ۱۲/۹ درصد بود. میانه نمره شایستگی نقش مادری در گروه مداخله ۶۱ (۱۰) و گروه کنترل ۵۴/۵ (۱۲) بود و بین دو گروه تفاوت آماری معنی دار وجود داشت (p =۰/۰۰۳).

استنتاج: براساس یافته های این پژوهش، برنامه آموزش روانشناختی در دوران بارداری، سبب افزایش رضایتمندی مادر از زایمان و ارتقاء شایستگی نقش مادری می گردد.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT۲۰۱۷۰۷۱۱۳۵۰۰۸N۱

واژه های کلیدی: رضایتمندی، زایمان، نقش مادری، بارداری، زنان نخست زا، آموزش روانشناختی

مقدمه

توجه به نیازهای پزشکی و روانشناختی زن در محیط زایمان، نقش مهمی در ایجاد تجربه رضایت بخش ازفرآیند زایمان ایجاد می‌کند(۱). تجربه مثبت زایمان، رویدادی توانمندساز جهت رشد شخصی و خودشناسی موثر زن، برای انتقال به دوره مادر شدن می‌باشد(۲). زنانی که طی بارداری خود را مادری‌توانمند تجسم می‌کنند، در دوره بعد

مولف مسئول: محدثه بخشی- قوچان: دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان E-mail: bakhshi.t@gmail.com
۱. استادیار، گروه مامایی، مرکز تحقیقات مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. مربی، گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، قوچان، ایران
۳. استادیار، گروه مشاوره و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، قوچان، ایران
۴. استاد، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر برسلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۶/۸/۱۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۶/۸/۱۷ تاریخ تصویب : ۱۳۹۶/۱۲/۲۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

از زایمان شایستگی بیش‌تری در نقش مادری داشته‌اند(۳). زنان ناراضی از تجربه زایمان، از آن جایی که تولد کودک را فقط با درد و خشم، ترس و یا اندوه و غصه به یاد می‌آورند، با یادآوری گذشته دچار عوارضی مانند افسردگی پس از زایمان، اختلال استرس پس از ضربه، کاهش توانایی شیردهی، سقط در بارداری‌های بعدی، کاهش توانایی‌های جنسی و رفتار نامناسب با نوزاد می‌شوند(۴) و می‌تواند دیدگاه مادر را نسبت به برنامه‌ریزی‌های بعدی برای بارداری و انتخاب روش زایمان تحت تاثیر قرار دهد(۵). از نظر مراقبین سلامت، سیاست‌گذاران و مسئولان سیستم‌های بهداشتی و درمانی، رضایت زنان از تجربه زایمان یکی از شاخص‌های مهم کیفیت مراقبت از مادر می‌باشد. برگزاری کلاس‌های آمادگی زایمان طی دوران بارداری و آموزش مطالب موردنیاز زنان باردار، در افزایش آگاهی مادران از تغییرات دوران بارداری و روند زایمان نقش دارد و در نهایت این امکان را فراهم می‌سازد تا مادر تجربه خوشایندی از زایمان و تطابق بیش‌تری با نقش مادری داشته باشد(۷،۶). دستیابی به نقش مادری فرآیندی است که مادر شایستگی در نقش مادری را به دست می‌آورد(۸).

Mercer معتقد است است که زنان نخست‌زا به دلیل فقدان تجربه و آگاهی از رفتارهای نقش مادری و مهارت‌های حل مشکلات، احساس خوبی نسبت به نقش مادری ندارند(۹). احساس شایستگی در نقش مادری عنصر حیاتی جهت سازگاری مادر در دوره انتقالی می‌باشد که بر کیفیت رفتارهای فرزندپروری، ارتباط بهتر مادر- کودک و تکامل روانشناختی کودک تاثیر مهمی دارد(۱۰). هم‌چنین سطح پایین شایستگی در نقش مادری با افسردگی مادر پس از زایمان و رفتارهای ضعیف والدین مانند الگوهای رفتاری سختگیرانه ارتباط دارد(۱۱). برخی مطالعات نشان داده‌اند آموزش‌های دوران بارداری حس خوب بودن از نظر روانی و رضایت ازمراقبت‌های بهداشتی را برای مادر فراهم می‌کند و هم‌چنین دادن اطلاعات در زمینه رفتارهای نوزاد می‌تواند اعتماد به نفس مادر را افزایش دهد و به آن‌ها در سازگاری با نقش مادری کمک کند(۱۲). در آموزش‌های معمول دوران بارداری، والدین اطلاعاتی درباره تغییرات جسمی و روانی حاملگی، زایمان، والدین شدن، تمرین‌های عصبی- عضلانی و حمایت در لیبر را کسب می‌کنند اما این آموزش‌ها اطلاعات ناچیزی را در مورد موضوعات روانشناختی مرتبط با زایمان مانند سازگاری با نقش جدید، مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های حفظ رضایت در ارتباط بین شخصی فراهم می‌کند(۱۰). مطالعه توصیفی نیز نشان داد حضور در کلاس‌های آموزشی در دوران بارداری تاثیری بر احساس صلاحیت مادر و دستیابی به نقش مادری ندارد(۱۳).

برنامه آموزش روانی زایمان بر اساس تئوری چاره‌جویی آموخته شده روسمبامس (Rosebaum's Learned Resourcefulness Theory) ممکن است سبب بهبود چاره‌اندیشی مناسب، بهبود توانایی زنان جهت مقابله با استرس و ارتقاء نقش مادری و افزایش رضایتمندی مادر گردد. محتوای تئوری شامل کنترل خود آموزشی، کنترل خود اصلاحی و خودکارآمدی درک شده می باشد(۱۴). براساس مطالعه نیمه تجربی انجام شده در چین، برنامه آموزش روانی زایمان بر مبنای تئوری روسمبامبس (با تمرکز بر بازسازی شناختی، حل مساله و تقویت خودکارآمدی)، سبب کاهش افسردگی پس از زایمان وافزایش رضایتمندی از نقش مادری در ۶ ماه پس از زایمان می‌شود(۱۵). نتایج مطالعه‌ای دیگر در بیمارستان هیلسینکی نیز نشان داد زنان نخست زایی که در دوران بارداری تحت برنامه آموزشی روانی گروهی قرار می‌گیرند، تجربه رضایت بخش از زایمان و کاهش علائم افسردگی پس از زایمان را دارند(۱۶). نتایج مطالعه کیفی انجام شده بر روی ۱۶ زن نخست باردار در برزیل نشان داد که شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان سبب می‌شود که مادر کنترل بهتری بر خود و فرآیند زایمان و رضایت بیش‌تری از تجربه زایمان داشته باشد(۱۷). نتایج مطالعه کارآزمایی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

بالینی در مشهد نیز نشان داد که دو جلسه آموزشی و یک جلسه مشاوره تلفنی منجر به افزایش معنی‌دار شایستگی نقش مادری ۸ هفته پس از زایمان در زنان نخست‌زا می‌شود(۱۸). اگرچه مطالعاتی در زمینه انجام مداخلاتی جهت ارتقاء رضایت مادر از تجربه زایمان و شایستگی نقش مادری انجام شده است، اما با توجه به انجام مطالعات محدود در این زمینه و عدم گزارش مطالعه ای در این زمینه در ایران، لذا این مطالعه با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزش روانشناختی در دوران بارداری بر رضایتمندی از زایمان و شایستگی نقش مادری در زنان نخست زا انجام گرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی دو گروهه است که از دی ماه ۱۳۹۴ تا اسفند ۱۳۹۵ بر روی ۱۲۲ زن نخست باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر مشهد با سن بارداری ۲۸-۱۴ هفته انجام شد.

حجم نمونه با استفاده از مطالعه مشابه در این زمینه برای هر دو متغیر رضایتمندی از زایمان و شایستگی نقش مادری تعیین شد(۱۶) که بیش‌ترین حجم نمونه با توجه به میانگین و انحراف‌معیار نمره شایستگی نقش مادری در دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۵/۰±۳۵/۷ ، ۴/۳ ± ۳۸/۱ با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون آماری ۸۰ درصد با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها، ۶۰ نفر برای هر گروه محاسبه گردید. با احتمال ۲۰ درصد ریزش نمونه، ۷۰ نفر در هرگروه و در مجموع ۱۴۰ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۳۵-۱۸ سال، حاملگی نخست و تک قلویی، سن حاملگی بین ۲۸-۱۴ هفته، حاملگی کم خطر، زندگی با همسر و عدم ابتلاء به بیماری طبی و مشکلات مامایی بود. معیارهای خروج شامل سقط، مرده زایی، زایمان زودرس، مشکلات مامایی پس از زایمان، نوزاد بیمار یا ناهنجار، عدم شرکت در جلسات آموزشی و تکمیل ناقص پرسشنامه ها بود. پیامدهای اولیه سنجش رضایتمندی از زایمان و شایستگی نقش مادری و پیامد ثانویه افسردگی پس از زایمان بود.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه مشخصات فردی (سن، سطح تحصیلات و شغل مادر، سطح تحصیلات و شغل همسر، درآمد خانواده، سن حاملگی، روش زایمان و خواسته بودن بارداری)، مقیاس رضایتمندی از زایمان مک کی، پرسشنامه احساس والدین از شایستگی Parenting Sense of Compotence (PSOC) و مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبودگ بود. روایی پرسشنامه مشخصات فردی به روش روایی محتوی کیفی تعیین شد؛ به این ترتیب که پس از مطالعه جدیدترین منابع علمی در زمینه موضوع پژوهش، پرسشنامه مربوطه تهیه و جهت بررسی در اختیار ده تن از اعضاء هیئت علمی دانشگاه قرار گرفت و پس از بررسی، نظرات اصلاحی ایشان منظور گردید. مقیاس رضایتمندی از زایمان مک کی شامل ۲۹ سوال در ۴ حیطه رضایت زائو از عملکرد خود، عملکرد ماماها و پزشکان، وضعیت نوزاد و رضایت کلی از تجربه لیبر و زایمان است که با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت "بسیار راضی هستم" (نمره ۵)، تا بسیار ناراضی هستم (نمره ۱) پاسخ داده می‌شود. دامنه امتیاز کسب شده از این ابزار بین ۱۴۵-۲۹ متغیر می‌باشد. امتیاز ۵۸-۲۹ در گروه ناراضی، ۱۱۵-۵۹ در گروه رضایت مطلوب و بیش‌تر یا مساوی ۱۱۶ در گروه رضایت کامل دسته‌بندی می‌شوند(۱۹). نسخه فارسی این مقیاس با روش روایی محتوا و پایایی آن به شیوه همسانی درونی ۰/۷۸ توسط مودی و همکار (۲۰۱۶) تایید شده است(۲۰) و در مطالعه مشابه در کشورمان مورد استفاده قرار گرفته است(۲۱). در مطالعه حاضر نیز پایایی این مقیاس از طریق شیوه همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ تایید شد. پرسش‌نامه احساس والدین از شایستگی گیبود - والستون، مقیاسی با ۱۷ آیتم است که ۲ زیر مقیاس احساس رضایت (PSOC-S) و شایستگی در نقش والدین (PSOC-E) را می‌سنجد. ۸ آیتم شایستگی نقش و ۹ آیتم رضایت از نقش والدینی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

مادر را ارزیابی می‌کند. هر آیتم توسط مقیاس ۶ نقطه‌ای لیکرت رتبه‌بندی می‌شود. محدوده نمره کل مقیاس بین ۱۷ تا ۱۰۲ است و نمره بیش‌تر نشان‌دهنده شایستگی بیش‌تر در نقش مادری است(۲۲). پایایی پرسشنامه درمطالعه کردی و همکاران (۱۳۹۴) با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۵ تایید شد(۲۲) و در این مطالعه به روش همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تایید شد(۲۲). مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ دارای ۱۰ سوال چهار گزینه‌ای می‌باشد که در برخی سوالات،گزینه‌ها از شدت کم به زیاد (مورد ۱، ۲ و ۴) و در برخی دیگر، از زیاد به کم (مورد ۳، ۵ الی ۱۰) مرتب شده‌اند. گزینه‌های هر سوال دارای امتیاز ۰ تا ۳ و نمره کلی آن بین ۰تا ۳۰ می باشد. جهت رده‌بندی افراد افسرده و غیر افسرده به کمک این ابزار براساس بررسی‌های انجام شده در ایران، کسب نمره۱۲ وبالاتر به منزله افسردگی مادران می‌باشد(۲۳). در مطالعه حاضر، پایایی پرسشنامه به روش همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ تایید شد. پس از تایید پژوهش توسط کمیته اخلاق (کد ۱۲۹۶۵) دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، بیان اهداف مطالعه، جلب رضایت زنان باردار و گرفتن رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها و با در نظر گرفتن کدهای اخلاقی اقدام به نمونه‌گیری و انجام پژوهش شد. در این پژوهش ابتدا نمونه‌گیری به روش خوشه ای صورت گرفت. بدین صورت که از بین مراکز بهداشتی- درمانی پنج‌گانه شهر مشهد(۱، ۲، ۳ ، ۵ و ثامن)، مراکز شماره ۲ و ۳ به صورت تصادفی به عنوان یک خوشه انتخاب شدند. سپس از هر مرکز، مراکز وحدت و شهید هاشمی نژاد از مرکز شماره ۲ و مراکز صحرایی و احمدی از مرکز شماره ۳ به عنوان محیط پژوهش انتخاب شدند. تخصیص تصادفی این مراکز به گروه های کنترل و مداخله به این صورت بود که نام هر دو مرکز بر روی دو برگه جداگانه نوشته شد و درون کیسه قرعه‌کشی قرار گرفت. سپس اولین کاغذ برداشته شده از هر مرکز به گروه مداخله و کاغذ باقی مانده به گروه کنترل اختصاص یافت. بدین‌ترتیب مراکز وحدت و صحرایی به گروه مداخله و مراکز شهید هاشمی‌نژاد و احمدی به گروه کنترل اختصاص یافت. نمونه‌گیری در هر مرکز به روش در دسترس صورت گرفت. ابتدا پژوهشگر طی هفته‌های ۲۸-۱۴ حاملگی، در هر دو گروه اطلاعات فردی را در پرسشنامه مشخصات فردی ثبت می نمود. گروه کنترل مراقبت‌های معمول مرکز بهداشت را دریافت می کردند اما در گروه مداخله زنان به ۷ گروه ۱۰ نفره تقسیم شدند و به مدت ۳ هفته هر هفته یک جلسه برنامه آموزش روانشناختی را به مدت ۹۰ دقیقه توسط یک روانشناس بالینی دریافت کردند.

آموزش مراحل زایمان و روش‌های تسکین درد توسط پژوهشگر به مدت ۱۵ دقیقه در جلسه اول آموزش داده شد. اطلاعات آموزشی جلسات از طریق سخنرانی، بحث، ایفای نقش و وایت برد به اعضاء گروه منتقل شد. ساختار و محتوای جلسات برنامه آموزش روانشناختی بر مبنای تئوری چاره جویی آموخته شده روسمبامس بود(۲۴) که در جدول شماره ۱ بیان شده است.

جدول شماره ۱: ساختار و محتوای برنامه آموزش روانشناختی در دوران بارداری

جلسه اول	۱- آشنایی اعضا با مشاور و با یکدیگر
	۲-افزایش آگاهی زنان از تغییرات هیجانی در دوره قبل از زایمان
	۳-قادر ساختن زنان به درک منابع استرس و ترس خودشان در دوره قبل از زایمان
	۴-قادر ساختن زنان به شناسایی شیوه های مقابله با استرس و ترس در دوره قبل از زایمان
	۵-آموزش رابطه بین رفتار، افکار و احساسات به زنان
	۶-آموزش مراحل زایمان و و روش های تسکین درد
جلسه دوم	۱- آموزش نقش افکار در هیجانات و رفتار به زنان
	۲- آموزش مفهوم افکار منطقی و غیر منطقی
	۳-قادر ساختن زنان برای چالش کشیدن منطق افکار غیر منطقی با استفاده از تکنیک مباحثه
	۴-ایجاد اعتماد به نفس مادرانه در زنان
جلسه سوم	۱-آشنایی زنان با رویکرد حل مساله
	۲-آموزش اصول حل مساله به زنان و افزایش اعتماد و توانایی زنان در سازگاری با مراقبت از شیرخوار

*آ زمون کای دو، **من ویتنی

در پایان هر جلسه آموزشی به مادران تکالیفی داده می‌شد که در جلسه بعد به روانشناس تحویل داده میشد؛ این تکالیف شامل موارد زیر بود: ۱- از زنان باردار خواسته می‌شد نمودار خلقی روزانه را پر نمایند. این نمودار به آن‌ها کمک می‌کرد که از نحوه احساساتشان آگاه شوند، به طوری که کنترل بهتر آن را یاد بگیرند. آن‌ها هر شب

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

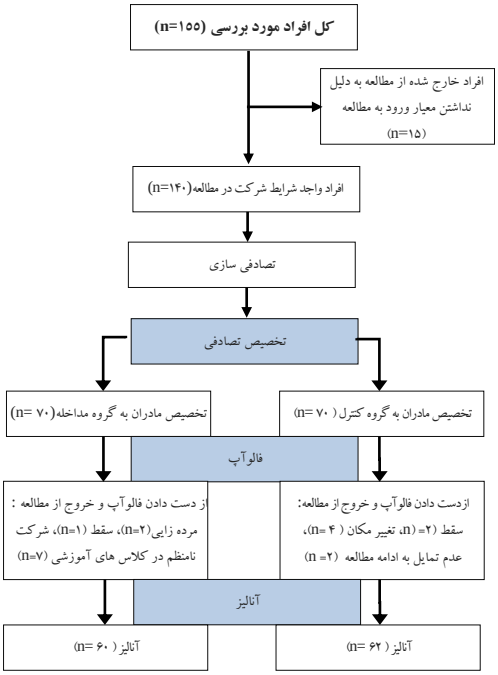
قبل از رفتن به رختخواب برای نشان دادن احساساتشان در آن روز، عدد بین ۱ (غمگین) و ۱۰ (شاد) را روی نمودار علامت می‌زدند. ۲- از زنان باردار خواسته می‌شد یک رویداد آشفته کننده را در جدول مربوطه ثبت کنند، سپس افکار و واکنش‌های هیجانی و رفتاری خودشان را در آن بنویسند. ۳- یک مساله را که در طول هفته با آن مواجه شده بودند، را مشخص می‌کردند و مهارت‌های حل مساله را در دوره قبل از زایمان تمرین می‌کردند.

پژوهشگر ۶ هفته پس از زایمان، اطلاعات مامایی را از طریق مصاحبه با مادر در پرسشنامه مشخصات فردی ثبت می‌کرد. در هر دو گروه، مادران ۶ هفته پس از زایمان مقیاس رضایتمندی از زایمان مک کی، پرسشنامه احساس والدین از شایستگی و مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ را تکمیل می‌نمودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و روش‌های آمار توصیفی (میانه، دامنه و فراوانی) و آمار تحلیلی من ویتنی (برای مقایسه متغیرهای کمی)، کای دو و تست دقیق فیشر (برای مقایسه متغیرهای کیفی) انجام شد. بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها با آزمون کلموگروف اسمیرونوف صورت گرفت. سطح معنی‌داری در این مطالعه $p < ۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در طول مطالعه، ۱۰ نفر از گروه مداخله و ۸ نفر از گروه کنترل به دلیل عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی، مرده زایی، سقط، تغییر مکان و عدم تمایل به ادامه مطالعه از پژوهش خارج شدند. ۱۲۲ نفر (۶۰ نفر در گروه مداخله و ۶۲ نفر در گروه کنترل) مطالعه را به پایان رساندند. نمودار consort این مطالعه ترسیم شده است (تصویر شماره ۱).

نتایج حاصل از آزمون کلموگروف اسمیرنوف، نشان دهنده توزیع غیر نرمال داده‌های مطالعه می‌باشد، لذا آزمون‌های آماری مناسب جهت آنالیز داده‌ها، آزمون‌های غیر پارامتریک می‌باشد. افراد دو گروه از نظر سن مادر، سن حاملگی،سطح تحصیلات وشغل مادر،سطح تحصیلات و شغل همسر، میزان درآمد، روش زایمان و خواسته بودن بارداری همگن بودند ($p > ۰/۰۵$) (جدول شماره ۲).



تصویر شماره ۱: فلوچارت ورود شرکت کنندگان به مطالعه

جدول شماره ۲: مقایسه مشخصات فردی و مامایی در دو گروه برنامه آموزش روانشناختی و کنترل

متغیر	گروه مداخله میانه (دامنه میان چارکی) تعداد (درصد)	گروه کنترل میانه (دامنه میان چارکی) تعداد (درصد)	سطح معنی داری
سن مادر	(۴/۷) ۲۲/۵	(۷/۰) ۲۴/۵	۰/۲۹۷*
سن حاملگی	(۷/۰) ۱۸	(۸/۰) ۱۸	۰/۳۰۳*
تحصیلات مادر			
کم تر از دیپلم	(۳۰) ۱۸	(۲۴/۲) ۱۵	
دیپلم	(۴۱/۷) ۲۵	(۴۳/۵) ۲۷	۰/۷۵۶**
دانشگاهی	(۲۸/۳)۱۷	(۳۲/۳) ۲۰	
تحصیلات همسر			
کم تر از دیپلم	(۳۳/۳) ۲۰	(۲۴/۲) ۱۵	
دیپلم	(۴۱/۷) ۲۵	(۴۶/۸) ۲۹	۰/۵۳۵ **
دانشگاهی	(۲۵/۰) ۱۵	(۲۹/۰) ۱۸	
شغل مادر			
خانه دار	(۸۶/۷) ۵۲	(۸۰/۶) ۵۰	۰/۴۶۵ ***
محصل یا شاغل	(۱۳/۳) ۸	(۱۹/۴) ۱۲	
شغل همسر			
کارگر	(۳۱/۷) ۱۹	(۲۵/۸) ۱۶	
کارمند	(۱۶/۷) ۱۰	(۱۷/۷) ۱۱	۰/۷۷۳ **
آزاد	(۵۱/۶) ۳۱	(۵۶/۵)۳۵	
درآمد خانواده			
کم تر از حد کفاف	(۱۸/۳) ۱۱	(۹/۷) ۶	
در حد کفاف و بیش تر	(۸۱/۷) ۴۹	(۹۰/۳) ۵۶	۰/۱۶۸***
روش زایمان			
طبیعی	(۶۶/۷) ۴۰	(۵۳/۲) ۳۳	۰/۱۴۴***
سزارین	(۳۳/۳) ۲۰	(۴۶/۸) ۲۹	
خواسته بودن بارداری			
بلی	(۸۸/۳) ۵۳	(۸۵/۵) ۵۳	۰/۷۹۰***
خیر	(۱۱/۷) ۷	(۱۴/۵) ۹	

* آزمون من ویتنی، ** کای دو، ***دقیق فیشر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

نتایج آزمون کای‌دو نشان داد بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر میزان رضایتمندی از تجربه زایمان تفاوت آماری معنی‌دار وجود داشت(p= ۰/۰۴۶)(جدول شماره۳).

جدول شماره ۳: مقایسه میزان رضایتمندی مادران از زایمان و میانگین نمره شایستگی نقش مادری در دوگروه برنامه آموزش روانشناختی و کنترل

متغیر	گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	سطح معنی داری
رضایتمندی از زایمان			
ناراضی	۱ (۱/۷)	۷ (۱۱/۳)	۰/۰۴۶*
رضایت مطلوب	۴۵ (۷۵/۰)	۴۷ (۷۵/۸)	
رضایت کامل	۱۴ (۲۳/۳)	۸ (۱۲/۹)	
	میانه (دامنه میان چارکی)	میانه (دامنه میان چارکی)	
نمره شایستگی نقش مادری	۶۱ (۱۰)	۵۴/۵ (۱۲)	۰/۰۰۳**

* آزمون کای دو ، ** آزمون من ویتنی

بر اساس نتیجه آزمون من ویتنی، بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر میانه نمرات شایستگی نقش مادری ۶ هفته پس از زایمان تفاوت آماری معنی‌دار وجود داشت (p =۰/۰۰۳). نتیجه آزمون من ویتنی نشان داد میانه و (دامنه میان چارکی) نمره افسردگی پس از زایمان در گروه مداخله ۷/۵ (۱۰) و گروه کنترل ۱۰ (۹) بود و بین دو گروه تفاوت آماری معنی دار وجود داشت (p =۰/۰۳).

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که برنامه آموزش روانشناختی بر اساس تئوری چاره‌جویی آموخته شده روسمبامس بر رضایتمندی از زایمان زنان نخست‌زا تاثیر داشت و زنان رضایت بیش‌تری از زایمان داشتند. نتایج مطالعه‌ای کوهورت نیز نشان داد زنانی که تحت مشاوره و آموزش روان درمانی ماما قرار می‌گیرند، رضایت بیش‌تری از مراقبت‌های دریافت شده طی زایمان دارند که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد(۲۵).

در این مطالعه از مقیاس خود گزارشی جهت ارزیابی رضایت از زایمان استفاده شد. براساس مطالعات انجام شده، شرکت در برنامه‌های آمادگی قبل از زایمان با افزایش توانایی زنان جهت ارتباط بهتر با مراقبین بهداشتی، مشارکت جهت تصمیم‌گیری در فرآیند زایمان و کاهش احساس درد زایمان، رضایت بهتری را از تجربه زایمان برای آن‌ها فراهم می‌کند(۲۶). هم‌چنین برنامه‌های آموزشی قبل از زایمان با تمرکز بر تقویت ارتباطات و بهبود اطلاعات و مهارت‌های حل مساله، اعتماد به نفس زنان را جهت اداره فرآیند زایمان افزایش می‌دهد(۲۷). در نتیجه آن‌ها درد زایمان را کم‌تر درک می‌کنند و تجربه زایمان برایشان رویدادی رضایتبخش خواهد بود(۲۶). نتایج مطالعه‌ای بر روی ۱۸۴ زن باردار در استرالیا نشان داد که دو جلسه برنامه آموزش روانی در هفته‌های ۳۴-۲۴ بارداری تاثیری بر میزان رضایتمندی مادر از روش زایمان و مراقبت‌های مامایی ندارد که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد(۲۸). در این مطالعه معیارهای ورود به مطالعه سن مادر ۱۶ سال و بیش‌تر بدون درنظرگرفتن تعداد زایمان بود. از پرسشنامه پژوهشگر ساخته جهت سنجش رضایتمندی از زایمان استفاده شد. هم‌چنین برنامه آموزش روانی طی ۲ جلسه توسط ماما از طریق تماس تلفنی به مادران آموزش داده می‌شد(۲۸).

یافته‌های مطالعه نشان داد برنامه آموزش روانشناختی قبل از زایمان بر ارتقای شایستگی نقش مادری ۶ هفته پس از زایمان تاثیر دارد. کارآزمایی بالینی انجام شده بر روی ۶۷ زن نخست‌زا در مشهد نشان داد سه جلسه برنامه آموزش نقش مادری طی بارداری و یک جلسه پس از زایمان منجر به افزایش معنی‌دار شایستگی نقش مادری ۴ هفته پس از زایمان شد که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد(۲۲). محتوای برنامه آموزشی در این مطالعه بر مبنای تئوری Mercer بود، وی معتقد است که دستیابی به نقش مادری یک فرآیند شناختی- اجتماعی و قابل یادگیری است. شایستگی نقش مادری زمانی توسعه پیدا می‌کند که مادران دانش و مهارت مراقبت از نوزاد را که برای نقش مادری لازم است، دارا باشند(۲۲). مطابق با دیدگاه روسمبامس نیز برنامه آموزش روانی منجر به تقویت مهارت‌های کارآمد آموخته شده زنان شده و توانایی آن‌ها را در جهت استفاده از مهارت‌های حل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

مساله برای اداره مشکلات مراقبت از شیرخوار افزایش داده و موجب ارتقاء شایستگی نقش مادرانه می‌شود(۲۴). در مطالعه‌ای دیگر در زنان نخست‌زای چینی، دو جلسه برنامه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای و یک جلسه مشاوره تلفنی در دو هفته پس از زایمان، بر شایستگی نقش مادری ۶ هفته پس از زایمان تاثیر نداشت اما تفاوت معنی‌داری را در نمره شایستگی نقش مادری سه ماه پس از زایمان ایجاد کرد که نتایج آن‌ها با پژوهش حاضر هم‌خوانی ندارد(۱۰) و احتمالاً علت تفاوت در محتوای برنامه آموزشی و روش ارائه اطلاعات است. محتوای جلسات درمانی مطالعه فوق شامل آموزش انتقال به دوره مادری، موانع و مهارت‌های برقراری ارتباط، اطلاعاتی درمورد افسردگی پس از زایمان و درگیری‌های بین فردی در دوره پس از زایمان بود که با تکنیک‌های دادن اطلاعات، شفاف‌سازی، طوفان فکری و ایفای نقش توسط مامای آموزش دیده، ارائه شد(۱۰). در مطالعه حاضر تمام جلسات روان درمانی توسط یک روانشناس بالینی آموزش داده شد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره افسردگی پس از زایمان در زنان دریافت‌کننده برنامه آموزش روانشناختی به‌طور معنی‌دار کم‌تر از گروه کنترل بود. بر اساس تئوری چاره‌جویی آموخته شده، استفاده از مهارت‌های حل مساله و تفکر مثبت سبب بهبود وضعیت روانی مادر پس از زایمان می‌شود(۲۴). براساس مطالعه‌ای بر روی ۱۸۳ زن نخست باردار در چین، سه جلسه برنامه آموزشی روانی زایمان سبب کاهش افسردگی پس از زایمان و افزایش رضایتمندی از نقش مادری در ۶ ماه پس از زایمان شده است(۱۵). در مطالعه‌ای دیگر در سنگاپور، برنامه آموزش روانی پس از زایمان در کاهش میزان افسردگی زنان نخست زا طی ۶ و ۱۲ هفته پس از زایمان تاثیر داشت(۲۹). در این مطالعه مداخله درمانی بر مبنای تئوری خودکارآمدی بندورا و تئوری تغییر اجتماعی تدوین شد که شامل یک جلسه آموزش چهره به چهره به مدت ۹۰ دقیقه طی ویزیت منزل در ۲ هفته اول پس از زایمان، بوکلت آموزشی جهت تقویت آموزش داده شده به مادران و سه جلسه مشاوره تلفنی هر جلسه ۳۰ دقیقه تا ۶ هفته پس از زایمان بود. محتوای جلسه آموزشی چهره به چهره شامل آموزش تغییرات جسمی و روانشناختی پس از زایمان، مفهوم خودکارآمدی، رفتارهای خواب و شیردهی نوزاد بود که توسط یک ماما آموزش داده می‌شد(۲۹). براساس مطالعه‌ای در استرالیا، ۳ جلسه مشاوره آموزشی- روانی بر مبنای BELLEF (Birth Emotions-Looking to improve Expectant Fear) و یک جلسه مشاوره تلفنی توسط ماما، بر کاهش نشانه‌های افسردگی پس از زایمان موثر بود(۳۰).

در مطالعه حاضر تفاوت‌های فردی، وضعیت روحی و روانی و درک متفاوت واحدهای پژوهش از سوالات بر نحوه پاسخگویی آن‌ها اثر داشت که کنترل آن‌ها از عهده پژوهشگر خارج بود، هم‌چنین با توجه به این‌که حمایت اجتماعی از طرف همسر بر ارتقاء سلامت مادر و شیرخوار تاثیر مهمی دارد، امکان حضور همسران در کلاس‌های آموزشی وجود نداشت. از نقاط قوت مطالعه می‌توان به نمونه‌گیری از مراکز بهداشتی پنج‌گانه مشهد با وضعیت اقتصادی- اجتماعی متنوع و در نتیجه قابلیت تعمیم بالا اشاره نمود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد برنامه آموزش روانشناختی دوران بارداری بر مبنای تئوری چاره‌جویی آموخته شده روسمبامس منجر به افزایش رضایتمندی از زایمان و ارتقاء شایستگی نقش مادری پس از زایمان می شود. لذا توصیه می‌شود، ماماها و سایر اعضای تیم بهداشتی جهت ارتقاء سلامت روانی مادران و کمک به پذیرش نقش مادری، همزمان با اجرای کلاس‌های آمادگی زایمان، جلسات آموزش روانشناختی را همراه با روانشناس متخصص برگزار نمایند. هم‌چنین با توجه به تاثیر حمایت اجتماعی از طرف همسر بر بهبود پیامدهای مادر و شیرخوار پیشنهاد می‌شود، مطالعات وسیع‌تری در زمینه اثر بخشی برنامه آموزش روانشناختی در دوران بارداری همراه با حضور همسران بر وضعیت سلامت روانی زنان نخست‌زا پس از زایمان انجام شود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان با شماره ۱۲۹۶۵ و کد ثبت کارآزمایی بالینی IRCT۲۰۱۷۰۷۱۱۳۵۰۰8N1 می‌باشد، بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که تامین‌کننده هزینه طرح بودند، همکاری صمیمانه واحدهای پژوهش و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد، تشکر و قدرانی می‌شود.

References

1. Stevens NR, Wallston KA, Hamilton NA. Perceived control and maternal satisfaction with childbirth: a measure development study. J Psychosom Obstet Gynaecol 2012; 33(1): 15-24.
2. Nilver H, Begley C, Berg M. Measuring woman's childbirth experirnces: a systematic review for indentification and analysis of validated instruments. BMC Pregnancy Childbirth 2017; 17(1): 203.
3. Deutch FM, Ruble DN, Fleming A, Brooks Gunn J, Stangor C. Information-seeking and maternal self-definition during the transition to motherhood. J Pres Soc Psychol 1988; 55(3): 420-431.
4. Bayrami R, Valizadeh L, Zaheri F. Nulliparous women’s childbirth experiences: a phenomenological Study. Med J Tabriz Univ Med Sci 2011; 33(3): 14-19 (Persian).
5. Kabkian-khasholian T, Bashour H, EL-Nemar A, Kharouf M, Sheikha S, Elakany N, et al. Woman's satisfaction and perception of control in childbirth in three Arab counteries. Reprod Health Matters 2017; 25(Sup1): 16-26.
6. Shakeri M, Molaei B. The effect of mothers group edication on maternal satisfaction and pain intensity. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2015; 13(9): 808-813 (Persian).
7. Fouquier KF. State of the science: does the theory of maternal role attainment apply to African American motherhood? J Midwifery Womens Health 2013; 58(2): 203-210.
8. Mercer RT. The process of maternal role attainment over the first year. Nurs Res 1985; 34(4): 198-204.
9. Mercer RT. A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. Nurs Res 1981; 30(2): 73-77.
10. Gao LL, Chan SW, Sun K. Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women at 3-month follow up: randomised controlled trial. Int J Nurs Stud 2012; 49(3): 274-281.
11. Ngai FW, Chan SW, Holroyd E. Chinese primiparous women’s experiences of early motherhood: factors affecting maternal role competence. J Clin Nurs 2011; 20(9-10): 1481-1489.
12. Hollins Martin CJ, RY. Womn's view about the importance of education in prepration for childbirth. Nurse Educ Pract 2013; 13(6): 512-518.
13. Azmoude E, Jaafarnejad F, Mazloum S. Effect of self-efficacy-based training on maternal sense of competency of primiparous women in the infants care. Evid Based Care 2014; 4(3): 7-14 (Persian).
14. Zauszniewski JA, Lekhak N, Burant CJ, Underwood PW, Morris DL. Resourcefulness Training for dementia caregivers: Establishing fidelity. West J Nurs Res 2016; 38(12): 1554-1573.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

15. Ngai FW, Chan SW, Ip WY. The effects of a childbirth psychoeducation program on learned resourcefulness, maternal role competence and perinatal depression: a quasi-experiment. Int J Nurs Stud 2009; 46(10): 1298-1306.
16. Rouhe H, Salmela-Aro K, Tokola M, Halmesmäki E, Ryding EL. Group psychoeducation with relaxation for sever fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience-a randomised controllded trial. J Psychosom Obstet Gynaecol 2015; 36(1): 1-9.
17. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Antenatal education and the birthing experince of Brazilian women: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth 2013; 13: 171.
18. Azmoudeh E, Jafarnejad F, Maslom R. The effect of early parenthood education on concerns of primiparous women in performing maternal roles. Mazandran Univ Med Sci 2015; 25(121): 288-298 (Persian).
19. Jafari E, Mohebbi P, Rastegari L, Mazloomzadeh S. The comparison of physiologic and routine method of delivery in mother's satisfaction level in Ayatollah Mosavai Hospital, Zanjan, Iran, 2012. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2013; 16(73): 9-18 (Persian).
20. Moudi Z, Tavousi M. Evaluation of Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale in Iran: What Are the Psychometric Properties? Nurs Midwifery Stud 2016; 5(2): e29952.
21. Dolatian M, Sayyahi F, Khodakarami N, Simbar M. Satisfaction rate of normal vaginal delivery and its relative factors among childbearing women in " Mahdiyeh, Tehran" and "Shaheed Chamran, Boroujerd" hospitals Pajouhandeh 2008; 13(3): 259-268 (Persian).
22. Kordi M, Fasanghari M, Asgharipour N, H E. The effect of a maternal role training program on postpartum maternal role competence in nulliparous women with unplanned pregnancy. Mazandran Univ Med Sci 2016; 25(134): 124-134 (Persian).
23. Nikpour M, Abedian Z, Mokhber N, Khaleghi Z, Banihosseine Z, Ebrahimzadeh S. Relationship between delivery method and postpartum depression. J Fundamnt Ment Health 2012; 14(53): 46-53 (Persian).
24. Ngai FW. The effects a childbirth psychodeucation programme on learned resourcefulness, maternal role compotence and satisfaction childbearing women. [Doctoral Dissertation]. Chines: Chines University of Hongkong; 2009.
25. Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. Acta Obestet Gynecol Scand 2003; 82(1): 10-17.
26. Akca A, Corbacioqlu Esmer A, Ozyurek ES, Aydin A, Korkmaz N, Gorgen H, et al. The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. Arch Gynecol Obstet 2017; 295(5): 1127-1133.
27. Brixval CS, Thygesen LC, Axelsen SF, Gluud C, Winkel P, Lindschou J, et al. Effect of antenatal education in small classes versus standard auditorium-based lectures on use of pain relief during labour and of obstetric interventions: results from the randomised NEWBORN trial. BMJ open 2016; 6(6): e010761.
28. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Trukstra E, et al. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. BMC Pregnancy Childbirth 2015; 15: 284.
29. Shorey S, Chan SW, Chong YS, He HG. A randomized controlled trial of the effectiveness of a postnatal psychoeducation

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]

programme on self- efficacy, social support and postnatal depression among primiparas. Journal of advanced nursing. J Adv Nurs 2015; 71(6): 1260-1273.

30. Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, A B, Turkstra E, Sneddon A, et al. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. BMC Pregnancy Childbirth 2013; 13: 190.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-22]