

Effect of Group Counseling on the Type of Delivery in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Trial

Zinat Jourabchi ¹, Zahra Roshan ², Mahmood Alipour-Heidari ³, Fatemeh Ranjkesh ^{4*}

1. Assistant Professor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical and Health Sciences, Qazvin, Iran
2. Student of Midwifery Counseling, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical and Health Sciences, Qazvin, Iran
3. Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Medical Sciences, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
4. Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Article Info

Received: 2017/09/26
Accepted: 2018/03/16
Published Online 2018/03/16

DOI: 10.30699/sjnmf.26.2.120

Original Article

Use your device to scan and
read the article online



Abstract

Background: Pregnancy and childbirth is one of the most important stages in women's lives. One of the reasons for women's desire to choose interest in cesarean delivery is lack of enough knowledge in choosing their birth method. This research studies the effect of group counseling on the type of delivery in Nulliparous women.

Methods: This is a controlled randomized trial will be conducted in 160 pregnant nulliparous women referred to Health Center from 95- 96 in Hamedan. The inclusion criteria were as follows: Women with gestational age 20-23 weeks. The exclusion criteria were as follows: maternal medical and Psychological diseases. The samples were randomly allocated to group intervention (n=80) and control groups (n=80). In both groups, mothers received routine prenatal care. The intervention group additionally received 8 sessions weekly group counseling. Data was collected by a checklist consisting of demographic, pregnancy, and delivery information and was analyzed by statistical testes such as T-test and chi squares. $P < 0.05$ was considered as significant.

Result: A significant difference was also observed between two groups in the rate of normal vaginal delivery ($P=0.04$). The results indicated that the group counseling significantly increased the physiologic delivery (53.2%) in the intervention group compared by the control group (22/2%) ($P=0/002$).

Conclusion: The results of the study showed that the presence of nulliparous women in the group counseling increases the rate of physiologic delivery and is suggested as one of the methods of implementing pregnant women's care program.

Keywords: Counseling, Nulliparous Women, Pregnancy, Childbirth

Corresponding Information

Fatemeh Ranjkesh, Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.
E-mail: fatemehranjkesh@yahoo.com, Tel: 028-13359501

Copyright © 2018, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Jourabchi Z, Roshan Z, Alipour M, Ranjkesh F. Effect of Group Counseling on the Type of Delivery in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Trial. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2018; 26 (2): 120- 128

تأثیر مشاوره گروهی بر نوع زایمان مادران نخست‌زا: یک کارآزمایی بالینی

زینت جورابچی^۱، زهرا روشن^۲، محمود علیپورحیدری^۳، فاطمه رنجکش^{۴*}

۱. استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۳. استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۴. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: حاملگی و زایمان یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی زنان به‌شمار می‌رود. یکی از دلایل تمایل مادران نخست‌زا به زایمان سزارین نداشتن آگاهی کافی در انتخاب نوع زایمان است. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مشاوره گروهی بر نوع زایمان در زنان نخست‌زا انجام شد.</p> <p>روش کار: این کارآزمایی بالینی روی ۱۶۰ مادر با بارداری کم‌خطر مراجعه‌کننده به مراکز سلامت شهر همدان انجام شد. زنان با بارداری ۲۳-۲۰ هفته و تک‌قلو وارد پژوهش شدند و معیارهای خروج ابتلا به هرگونه بیماری‌های مزمن و اعصاب‌وروان بود. نمونه‌ها با استفاده از تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله (۸۰ نفر) و شاهد (۸۰ نفر) تقسیم شدند. دو گروه مراقبت‌های معمول دوران بارداری را دریافت کردند. ۸ جلسه مشاوره گروهی هفتگی برای گروه مداخله برگزار شد. داده‌ها با استفاده از چک‌لیست شامل اطلاعات دموگرافیک، بارداری و زایمان گردآوری و با آزمون‌های آماری تی مستقل و کای دو تجزیه و تحلیل شد.</p> <p>یافته‌ها: نتایج حاصل از پژوهش اختلاف آماری معناداری را در میزان زایمان طبیعی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نشان داد ($P=0/04$). همچنین براساس نتایج مطالعه میزان انجام زایمان فیزیولوژیک در گروه مداخله (۵۳/۲٪) به‌صورت معناداری بیشتر از گروه کنترل (۲۲/۲٪) بود ($P=0/002$).</p> <p>نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که شرکت مادران نخست‌زا در جلسات مشاوره گروهی می‌تواند موجب افزایش میزان زایمان طبیعی و فیزیولوژیک شود و به‌عنوان یکی از روش‌های اجرایی برنامه مراقبت مادران باردار پیشنهاد می‌شود.</p>	<p>تاریخ وصول: ۴/۷/۱۳۹۶ تاریخ پذیرش: ۲۵/۱۲/۱۳۹۶ انتشار آنلاین: ۲۵/۱۲/۱۳۹۶</p> <p>نویسنده مسئول: فاطمه رنجکش مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران</p> <p>تلفن: ۰۲۸-۱۳۳۵۹۵۰۱ پست الکترونیک: Fatemehranjkesh@yahoo.com</p>

کلمات کلیدی: زنان نخست‌زا، مشاوره، زایمان، بارداری

مقدمه

زایمان طبیعی در مقایسه با سزارین مزایای بسیاری دارد؛ از جمله اینکه مقرون‌به‌صرفه است، نیاز به بیهوشی ندارد و احتمال عفونت و خون‌ریزی پس از آن کمتر است. بنابراین افزایش زایمان سزارین نه‌فقط موجب افزایش عوارض زایمانی برای مادر و نوزاد می‌شود، بلکه باعث تحمیل هزینه‌های خدمات بهداشتی درمانی نیز می‌شود [۶]. عوامل متعدد از جمله ترس و اضطراب در افزایش میزان زایمان سزارین دخالت دارند [۷]. ترس و اضطراب و درد سه عامل مهمی هستند که هنگام زایمان در نحوه طی شدن فرایند زایمان نقش مهمی دارند؛ به طوری که با کاهش درد و اضطراب مادر، تسلط او بر روند زایمان و کنترل درد افزایش پیدا کرده و مقابله با ترس و اضطراب مادر به‌عنوان یکی از راه‌های کاهش درد غیردارویی مطرح است [۸،۹]. دوران بارداری یک دوره پراهمیت و آسیب‌پذیر برای زنان است. مشاوره و آموزش‌های دوران بارداری به‌عنوان یک اصل مهم در زمینه تمایل زنان به زایمان طبیعی مطرح بود و تکنیک‌های روان‌شناختی و آرام‌سازی به‌عنوان یک ابزار مقابله با ترس و اضطراب از زایمان طبیعی مطرح است [۱۰].

زایمان و تولد انسان یکی از لحظات مقدس و باشکوه خلقت است و در عین حال یکی از پدیده‌های مهم و شاید یکی از دردناک‌ترین و اضطراب‌آورترین مواردی است که مادران در زندگی خود تجربه می‌کنند [۱]. زایمان طبیعی بهترین روش زایمان در اغلب زنان باردار محسوب می‌شود که با روند فزاینده سزارین میزان آن روبه‌کاهش است. زایمان واژینال با کمترین خطر از نظر اکثر عوارض هم‌زمان مادری و جنینی همراه است [۲].

سزارین یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی در زنان است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، میزان سزارین در هر منطقه نباید از ۱۰ تا ۱۵٪ فراتر رود [۳]. زایمان سزارین در ایران با یک شیب افزایشی از ۱۹/۵ در سال ۱۳۵۵ به ۶۴٪ در سال ۱۳۹۲ رسید [۴]. اگرچه بعد از اجرای برنامه تحول سلامت و بسته ترویج زایمان طبیعی، میزان سزارین حدود ۶/۵٪ کاهش یافت اما هنوز هم میزان سزارین در ایران بیش از ۳ برابر بالاتر از میزان توصیه‌شده از سوی سازمان جهانی بهداشت است [۵].

معیارهای ورود به مطالعه شامل زانی می‌شد که در هفته ۲۳-۲۰ بارداری قرار داشتند (براساس زمان شروع کلاس‌های آمادگی برای زایمان) و حاضر به همکاری بودند و بارداری کم‌خطر داشتند، نخست‌زا بودند، بارداری آنان تک‌قلو بود، سواد خواندن و نوشتن داشتند، به بیماری‌های مزمن (دیابت، بیماری‌های کلیوی، بیماری‌های قلبی و عروقی، فشارخون مزمن و...) مبتلا نبودند، از مواد روان‌گردان، سیگار و الکل استفاده نمی‌کردند و قابلیت تماس و پیگیری داشتند. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل بی‌تمایلی نسبت به شرکت در مطالعه، ابتلا به بیماری‌های شناخته‌شده اعصاب‌وروان، استفاده از داروهای اعصاب‌وروان و شرکت نداشتن در هیچ کلاس آموزشی و جلسه مشاوره‌ای دیگری قبل از ورود به مطالعه بودند. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پیش از گردآوری اطلاعات، هدف پژوهش برای نمونه‌ها توضیح داده شد و از آنان رضایت‌نامه آگاهانه دریافت شد و با رعایت صداقت و امانت علمی از ذکر نام افراد تحت مطالعه خودداری شد. همچنین برای پاسخگویی، بعد از برگزاری جلسات، پژوهش‌گران در دسترس برای پاسخگویی بودند.

نمونه‌ها قبل از ورود به پژوهش با تکمیل چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک و بارداری و انجام معاینه کامل وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی بلوکی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. هر دو گروه مراقبت‌های معمول دوران بارداری را در مراکز سلامت شهری دریافت کردند. افراد گروه مداخله علاوه بر دریافت مراقبت‌های معمول دوران بارداری، هفته‌ای ۱ جلسه به‌مدت ۸ هفته در جلسات مشاوره گروهی به‌مدت ۹۰ دقیقه شرکت کردند. کلیه جلسات از سوی یک نفر از تیم تحقیق (دانشجوی کارشناس ارشد مشاوره در مامایی) برگزار شد. اندازه گروه براساس اندازه مطلوب گروه درمانی تعاملی ۷ نفر در نظر گرفته شد و جلسات در یک روز و ساعت مشخص هر هفته برگزار شد [۲۲]. جلسات مشاوره در پژوهش حاضر از نوع گروهی، آموزشی و مستقیم بود (جدول ۱).

در هر جلسه سؤالات و مشکلات مادران در دوران بارداری بحث و بررسی شده و راهنمایی‌های لازم داده شد. شماره تلفنی در اختیار آنها قرار گرفت و از آنها خواسته شد که در هر ساعت از شبانه‌روز که دچار مشکلی شدند و یا سؤالی داشتند، با مشاور تماس بگیرند.

نمونه‌ها در دو گروه کنترل و مداخله تا زمان ختم بارداری پیگیری شدند (پیگیری در هر دو گروه تا زمان زایمان به‌صورت حداقل ۵ ملاقات در هفته‌های ۳۴-۳۱، ۳۷-۳۵، ۴۸، ۳۹ و ۴۰ بود و در هر ملاقات مراقبت‌های معمول طبق پروتکل وزارت بهداشت [۲۳] انجام و مادران از نظر مشکلات احتمالی و وجود عوامل استرس‌زا در هفته اخیر پیگیری می‌شدند. همچنین به سؤالات احتمالی مادر پاسخ داده شد) و در نهایت محقق در زمان زایمان هر دو گروه حضور پیدا کرده و قسمت آخر چک‌لیست (اطلاعات زایمانی، انتخاب نوع زایمان از سوی مادر و نوع زایمان انجام‌شده و

مشاوره سلامت یک فرایند روان‌شناختی - آموزشی است و همانند ارتقای سلامت می‌تواند هر سه سطح پیگیری را شامل شود. مشاور می‌تواند به‌صورت فردی یا گروهی با مراجعان مشاوره کند تا خطر را در آنان کاهش دهد و براساس مشاوره سلامت کمک به مراجع برای حفظ رفتارهای ارتقادهنده سلامت و پیشگیری‌کننده از بیماری باشد. آموزش سلامت به‌عنوان قسمتی از مشاوره سلامت، ترکیبی از تجارب برنامه‌ریزی‌شده براساس تئوری‌های مناسب است که فرصت‌هایی را برای افراد فراهم می‌کند تا اطلاعات و مهارت‌های لازم را برای تصمیم‌گیری درست و رسیدن به ارتقای سلامت کسب کنند [۱۱]. مشاوره گروهی عبارت است از گفتگوی رودررو بین چند نفر به‌منظور تبادل نظر در زمینه علائق، رغبت‌ها، مسایل و مشکلاتی که افراد گروه در ارتباط با خود یا در تعامل با دیگران دارند و اتخاذ تصمیم منطقی در مواردی که ذکر شد. مشاوره گروهی ماهیت پیشگیرانه دارد [۱۲].

Nosratabadi و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود با انجام مشاوره سلامت گروهی و فردی بر آگاهی و نگرش مادران و انتخاب نوع زایمان نشان دادند که بعد از انجام مداخله ۱۰۰٪ مادران در گروه مشاوره فردی و ۹۲٪ در گروه مشاوره گروهی زایمان طبیعی را انتخاب کردند [۱۳]. در مطالعه Masoumi و همکاران (۲۰۱۶) نیز انجام آموزش در دوران بارداری موجب کاهش ترس از زایمان و انتخاب زایمان طبیعی شد [۱۴]. همچنین مطالعات مختلف نشان دادند که انجام مشاوره و آموزش در دوران بارداری باعث کاهش ترس و اضطراب مادر و همچنین بهبود پیامد بارداری و بعد از زایمان می‌شود [۲۰-۱۵].

ماماها به‌واسطه نقش مراقبتی، آموزشی و مشاوره‌ای خویش از فرصت‌های منحصر به فردی به‌منظور پیشگیری از عوارض جسمی و روانی و ارتقای سلامت مادر، کودک و تمامی اعضای خانواده برخوردار هستند. با توجه به سیاست‌های جدید جمعیتی و فرزندآوری، طرح تحول سلامت و ترویج زایمان طبیعی [۲۱] و همچنین با در نظر گرفتن آمار بالای زایمان سزارین [۵] در کشور و با توجه به اهمیت افزایش آگاهی و مهارت‌های مادر برای تصمیم‌گیری درست و غلبه بر ترس و اضطراب از زایمان به‌عنوان یک عامل مهم انتخاب نوع زایمان، مطالعه حاضر با فرض اینکه مشاوره گروهی بر نوع زایمان در مادران نخست‌زای مؤثر است، انجام شد.

روش کار

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی - تصادفی است. جامعه آماری این پژوهش، متشکل از کلیه زنان باردار ۲۳-۲۰ هفته بود که از دی ۱۳۹۵ تا مرداد ۱۳۹۶ به‌منظور دریافت خدمات به مراکز جامع سلامت شهری در شهر همدان مراجعه کردند. در این پژوهش با انتخاب ۰/۶ و ۰/۸ و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۰/۹۵ ($\alpha=0/05$) و توان آزمون ۰/۹ ($\beta=0/01$) و طبق نرم‌افزار $G*Power 3,1,9,2$ میزان حجم نمونه برای هر گروه ۶۵ نفر برآورد شد و در نهایت با پیش‌بینی ریزش بعضی نمونه‌ها، ۸۰ نفر در هر گروه برآورد شد.

محقق ساخته که شامل: ۱. اطلاعات فردی (۸ سؤال) مربوط به سن مادر و همسرش، میزان تحصیلات مادر و همسرش، شغل مادر و همسرش ۲. اطلاعات بارداری (۷ سؤال) سن بارداری، تعداد بارداری، سابقه سقط، سابقه ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی، پرفشاری خون، دیابت و بیماری‌های کلیه، اعصاب و روان، بارداری دوقلو و سابقه مصرف دارو در نمونه‌ها ۳. اطلاعات مربوط به نوع زایمان (۹ سؤال) علت بستری، نوع زایمان، علت سزارین احتمالی، آپگار و وزن نوزاد و خون‌ریزی بعد از زایمان بود. روایی چک‌لیست‌ها به روش روایی محتوایی با نظر ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی گروه پرستاری و مامایی دانشکده پرستاری و مامایی قزوین تعیین شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. برای مقایسه دو گروه به منظور سنجش شرایط قبل از مداخله آزمون‌های تی تست، کای دو به کار رفت. برای مقایسه بعد از مداخله در دو گروه از آزمون کای دو استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تعیین شد.

علت سزارین‌های احتمالی) را تکمیل کرد.

در مجموع، ۱۶۰ زن باردار متقاضی دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به روش در دسترس انتخاب شدند. برای تخصیص تصادفی با توجه به اینکه دو روش درمانی (مشاوره گروهی و بدون مشاوره) وجود داشت، از بلوک چهارتایی استفاده شد. برای بلوک چهارتایی ۶ حالت مختلف وجود دارد (AAaa,aaAA,AaAa.aAaA,AaaA,aAAa) به این ترتیب حالات مختلف روی ۶ کارت نوشته و در داخل یک کیسه انداخته شدند و برای انتخاب ۱۶۰ نفر، ۴۰ بار کارت از کیسه خارج و ترتیب آن بر یک برگه نوشته شد. در زمان نمونه‌گیری به ترتیب نوشته شده نمونه‌ها در گروه کنترل و مداخله قرار داده شدند. همچنین برای انتخاب محیط پژوهش از میان ۳۰ مرکز جامع سلامت شهری همدان ۱۰ مرکز به صورت تصادفی از روی جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند.

ابزار استفاده شده در این مطالعه شامل: چک‌لیست

جدول شماره ۱. مباحث مطرح شده در جلسات مشاوره

جلسات مشاوره	موضوعات هر جلسه
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه، بیان اهداف جلسات مشاوره، فراهم آوردن شرایط برای ایجاد روابط و ارتباط باز، تأکید بر فرایند و پویایی گروه
جلسه دوم	آشنایی با فیزیولوژی بارداری، تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری، آموزش اصلاح وضعیت، تمرینات تنفسی، آرام‌سازی و تمرینات کششی برای مقابله با تغییرات این دوران
جلسه سوم	آشنایی با بهداشت روان، پذیرش نقش والدی، نحوه ارتباط با جنین، اصلاح وضعیت در بارداری، انجام تمرینات تنفسی، کششی و آرام‌سازی
جلسه چهارم	آشنایی با زایمان و فرایند و مراحل آن، انواع روش‌های زایمان (زایمان طبیعی و سزارین) و مزایا و معایب آنها، اصلاح وضعیت در بارداری، انجام تمرینات تنفسی، کششی و آرام‌سازی
جلسه پنجم	آشنایی با درد زایمان و آشنایی با روش‌های مختلف کاهش درد زایمان، آشنایی با علائم شروع زایمان و اقداماتی که مادر باید انجام دهد. اصلاح وضعیت در بارداری، انجام تمرینات تنفسی، کششی و آرام‌سازی
جلسه ششم	آشنایی با شیردهی از پستان مادر و فواید تغذیه با شیر مادر و تأثیر نوع زایمان بر تغذیه نوزاد با شیر مادر و اصلاح وضعیت در بارداری، انجام تمرینات تنفسی، کششی و آرام‌سازی
جلسه هفتم	دوره بعد از زایمان و مراقبت‌های این دوران در دو نوع زایمان طبیعی و سزارین، اصلاح وضعیت در بارداری، انجام تمرینات تنفسی، کششی و آرام‌سازی
جلسه هشتم	آشنایی با دوران نوزادی، مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد و اصلاح وضعیت در بارداری، انجام تمرینات تنفسی، کششی و آرام‌سازی

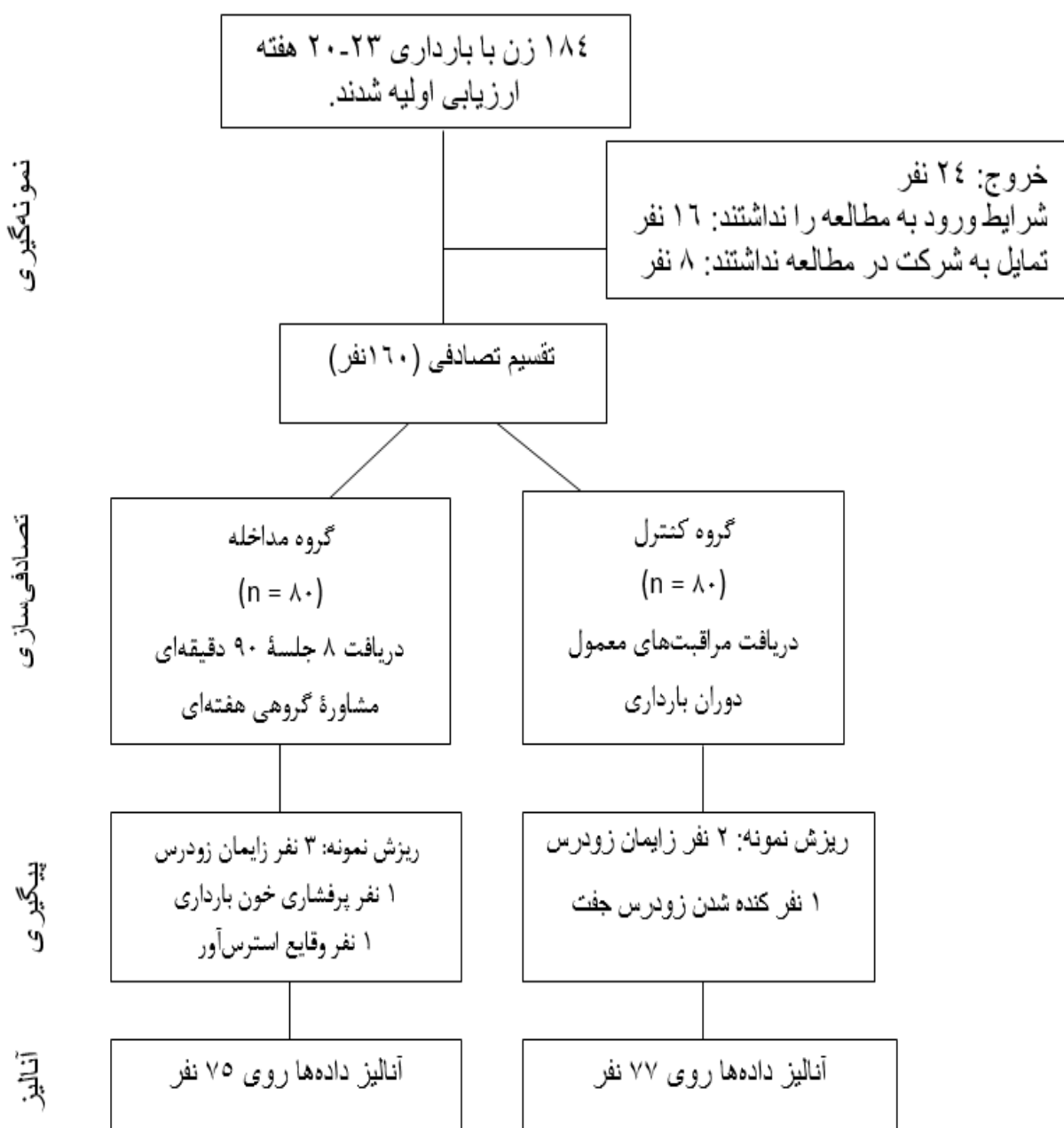
یافته‌ها

۱۸۴ مادر باردار ارزیابی اولیه شدند که از این تعداد ۱۶ نفر شرایط ورود به مطالعه را نداشتند و ۸ نفر تمایل به شرکت در مطالعه و شرکت در جلسات مشاوره را نداشتند. از ۱۶۰ زن بارداری که وارد پژوهش شدند، ۵ نفر به دلیل زایمان زودرس، ۱ نفر به علت وقایع استرس‌آور، ۱ نفر به دلیل ابتلا به پره کلآمپسی و ۱ نفر به علت کنده شدن زودرس جفت از مطالعه ریزش کردند و در نهایت داده‌ها روی ۱۵۲ نفر تجزیه و تحلیل آماری شدند (نمودار ۱).

نتایج پژوهش نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای سن، میزان تحصیلات، شغل مادر و همسر، تعداد بارداری و سن بارداری، میزان سقط در زمان ورود به مطالعه تفاوت آماری

معناداری نداشتند (جدول شماره ۲). برای بررسی فراوانی نوع زایمان، آزمون آماری کای دو به کار رفت و مشخص شد که تفاوت آماری معناداری در دو گروه وجود دارد (جدول شماره ۳).

برای بررسی فراوانی نوع زایمان طبیعی انجام شده در دو گروه از آزمون آماری کای دو استفاده شد و ارتباط آماری معناداری در افزایش میزان زایمان فیزیولوژیک و بدون مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به دست آمد (جدول شماره ۴). همچنین نتایج مطالعه ارتباط آماری معناداری درباره آپگار، وزن زمان تولد نوزاد و میزان خونریزی بعد از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل نشان نداد (جدول شماره ۵).



نمودار ۱. دیاگرام کنسورت؛ جریان فرایند مطالعه

جدول شماره ۲. مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی و بارداری در دو گروه مداخله و کنترل

P value	کنترل (n=۷۷)	مداخله (n=۷۵)	گروه‌ها		متغیرها
۰/۳۶۲*	۲۷/۲۵±۴/۳۰	۲۷/۹۷±۴/۴۲			سن مادر (سال)
۰/۳۰۶*	۳۱/۱۳±۴/۵۱	۳۱/۹۳±۵/۱۲			سن همسر (سال)
۰/۶۵۸*	۲۱/۵۶±۰/۷۱۶	۲۱/۵۱±۰/۷۲۴			سن بارداری (هفته)
۰/۳۹۵**	۹(٪۱۱/۷)	۱۵(٪۲۰)			ابتدایی
	۱۳(٪۱۶/۹)	۱۵(٪۲۰)			راهنمایی
	۲۹(٪۳۷/۷)	۲۱(٪۲۸)			متوسطه
	۲۶(٪۳۲/۸)	۲۴(٪۳۲)			دانشگاهی
۰/۳۵۷**	۷(٪۲/۹)	۱۳(٪۱۷/۳)			ابتدایی
	۲۱(٪۲۷/۶)	۱۴(٪۱۸/۷)			راهنمایی
	۲۹(٪۳۸/۲)	۲۸(٪۳۷/۳)			متوسطه
۰/۸۳۰**	۱۹(٪۲۵)	۲۰(٪۲۶/۷)			دانشگاهی
	(٪۸۷/۴)۶۷	(٪۸۹/۴)۶۷			خانه‌دار
	(٪۷/۸)۶	(٪۵/۳)۴			کارمند
	(٪۵/۲)۴	(٪۵/۳)۴			سایر
۰/۷۸۶**	(٪۲۵/۳)۱۹	(٪۲۰/۸)۱۶			کارمند
	(٪۱۸/۷)۱۴	(٪۲۳/۴)۱۸			کارگر
	(٪۵۴/۴)۴۱	(٪۵۳/۲)۴۱			آزاد
	(٪۱/۳)۱	(٪۲/۶)۲			سایر
۰/۱۳۸**	(٪۱۵/۶)۱۲	(٪۲۵/۳)۱۹			دارد
	(٪۸۴/۴)۶۵	(٪۷۴/۷)۵۶			ندارد

آزمون: *تی تست، **کای دو

جدول شماره ۳. مقایسه فراوانی نوع زایمان انجام‌شده در دو گروه کنترل و مداخله بعد از انجام مداخله

P	کای دو	مداخله		کنترل		گروه	متغیر
		درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۴	۳/۸۸	۶۲/۷	۴۷	۴۶/۸	۳۶	زایمان طبیعی	
		۳۷/۳	۲۸	۵۳/۲	۴۱	زایمان سزارین	
		۱۰۰	۷۵	۱۰۰	۷۷	جمع	

جدول شماره ۴. مقایسه فراوانی نوع زایمان طبیعی انجام‌شده در دو گروه کنترل و مداخله بعد از انجام مداخله

P	کای دو	مداخله		کنترل		گروه	متغیر
		درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۰۲	۱۴/۵۸	۲۵/۵	۱۲	۶۶/۷	۲۴	زایمان با مداخله	
		۵۳/۲	۲۵	۲۲/۲	۸	زایمان فیزیولوژیک	
		۲۱/۳	۱۰	۱۱/۱	۴	زایمان بی‌درد	
		۱۰۰	۴۷	۱۰۰	۳۶	جمع	

جدول شماره ۵. مقایسه پیامد بارداری در دو گروه کنترل و مداخله بعد از انجام مداخله

P	کای دو	مداخله		کنترل		گروه	متغیر
		درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۲۲۶	۰/۱	۸۶/۷	۶۵	۸۰/۵	۶۲	۲۵۰۰-۴۰۰۰	وزن نوزاد (گرم)
		۱۳/۳	۱۰	۱۰/۴	۸	کمتر از ۲۵۰۰	
		۰	۰	۹/۱	۷	بیشتر از ۴۰۰۰	
۰/۵۸۵	۳/۷۵	۹۶	۷۲	۱۰۰	۷۷	۸-۱۰	آپگار دقیقه ۵
		۴	۳	۰	۰	۴-۷	
		۰	۰	۰	۰	کمتر از ۴	
۰/۶۱۱	۰/۳۵۹	۸	۶	۱۰/۴	۸	دارد	خون‌ریزی بعد از زایمان
		۹۲	۶۹	۸۹/۶	۶۹	ندارد	
		۱۰۰	۷۵	۱۰۰	۷۷	جمع	

بحث

در مطالعه حاضر تأثیر مشاوره گروهی بر نوع زایمان انجام شده در نیمه دوم بارداری در مادر نخست‌زا بررسی شد و نتایج کلی نشان داد که با توجه به شرایط مطالعه حاضر، حضور مادر در جلسات مشاوره گروهی موجب افزایش میزان انجام زایمان طبیعی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد.

در مطالعه Najafi و همکاران (۲۰۱۶) نیز میزان انتخاب و انجام زایمان طبیعی در گروهی که دوره آموزشی را در دوران بارداری گذراندند، به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود و گروه مداخله ۸۹/۲٪ زایمان طبیعی انجام دادند. در مقابل گروه کنترل که در هیچ دوره آموزشی شرکت نداشتند و فقط مراقبت‌های معمول مراکز سلامت شهری را دریافت می‌کردند ۴۲٪ زایمان طبیعی را تجربه کردند [۲۰]. همچنین در مطالعه Tofghi و همکاران (۲۰۱۰) بعد از برگزاری آموزش در دوران بارداری ۸۰/۶٪ زایمان طبیعی را تجربه کردند، در مقابل گروه بدون آموزش که ۵۷/۶٪ زایمان طبیعی داشتند [۲۴]. نتایج مطالعات فوق با مطالعه حاضر هم‌سو بود با این تفاوت که در مطالعه حاضر گروه مداخله مشاوره گروهی با رویکرد آموزشی به‌منظور کاهش ترس و نگرانی مادر از زایمان دریافت کردند. در مشاوره گروهی، گروه می‌تواند یک محیط اجتماعی واقع‌بینانه فراهم کند که در آن تعامل با همتایانی صورت بگیرد که مشکلات و نگرانی‌های او را درک می‌کنند. مشاوره گروهی برای مراجع امکان بصیرت نسبت به احساسات و رفتار خود را فراهم می‌کند و فرصتی برای کسب مسئولیت در مقابل خود و دیگران است و نهایتاً فرد مسئولانه و آزادانه تصمیم‌گیری می‌کند [۲۲].

در مطالعه حاضر در گروه مداخله ۴۷ نفر (۶۲/۷٪) زایمان طبیعی انجام دادند که از این تعداد ۲۵ نفر (۵۳/۳٪) زایمان فیزیولوژیک و بدون مداخله داشتند. در صورتی که در گروه کنترل از ۳۶ نفری (۴۶/۷٪) که زایمان طبیعی انجام دادند، ۲۴ نفر (۶۶/۷٪) زایمان با مداخله داشتند. نتایج مطالعه Sydsjö و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که اکثر زنان نخست‌زایی که ترس از زایمان داشتند، به‌دنبال آموزش و مشاوره زایمان طبیعی را برگزیدند [۲۵]. در مطالعه Najafi و همکاران نیز انتخاب نوع زایمان به‌دنبال انجام مداخله آموزشی و برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان در مادران میزان انجام زایمان طبیعی افزایش یافت [۲۰]. با توجه به اینکه ترس از ناندانسته‌ها و ترس از زایمان در زنان نخست‌زا یکی از علل عمده زایمان سزارین اورژانس نیز هست، به نظر می‌رسد دادن مشاوره و آگاهی به مادران می‌تواند موجب کاهش میزان زایمان سزارین شود [۲۰-۱۷] که با نتیجه مطالعه حاضر هم‌سو است.

با توجه به نتایج مطالعه میزان انجام زایمان طبیعی فیزیولوژیک در گروه مداخله به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. Nerum و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود با انجام مشاوره فردی با افرادی که به‌علت ترس از زایمان طبیعی متقاضی انجام سزارین انتخابی بودند، توانستند با

کمک به مادر برای شناخت علت ترس و غلبه بر آن انتخاب مادر را به زایمان طبیعی تغییر دهند و از این طریق میزان سزارین انتخابی را کاهش دهند و مهم‌ترین قسمت اینکه مادران نیز در درازمدت از تغییر انتخاب خود رضایت داشتند [۲۶]. Nosratabadi و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مطالعه خود ارتباط معناداری بین انجام مشاوره گروهی و نوع زایمان به‌دست آوردند [۱۳]. آموزش و مشاوره در دوران بارداری روش بسیار مناسبی برای تغییر نگرش مادر نسبت به زایمان است؛ زیرا به زنان باردار فرصت بالا بردن آگاهی در زمینه بارداری و زایمان را می‌دهد [۲۷، ۲۸]. نتایج مطالعات فوق با نتیجه مطالعه حاضر هم‌سو است.

براساس نتایج مطالعه در خصوص پیامد بارداری مرتبط با آپگار دقیقه ۵ نوزاد، وزن زمان تولد و میزان خون‌ریزی بعد از زایمان در دو گروه تفاوتی وجود نداشت. Delaram و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود ارتباطی بین آپگار، وزن و دور سر و قد نوزاد در گروه مشاوره با گروه کنترل به‌دست نیاورد [۲۹]. Mehdizadeh و همکاران (۲۰۰۵) نیز ارتباط آماری معناداری بین آموزش دوران بارداری با آپگار و وزن زمان تولد نوزاد به‌دست نیاورد؛ یافته‌های مطالعه فوق نشان داد که آموزش زنان در دوران بارداری سبب می‌شود تا آنان آگاهانه زایمان طبیعی را انتخاب کرده و از اعتمادبه‌نفس کافی برای مقابله با درد زایمان برخوردار شوند اما به نظر می‌رسد که ارتباطی با وزن‌گیری جنین و آپگار زمان تولد ندارد [۳۰] که با نتایج مطالعه حاضر هم‌سو است.

مهم‌ترین محدودیت پژوهش مشکل در هماهنگی برگزاری ۸ جلسه مشاوره گروهی برای مادران بود که محقق تلاش کرد تا در جلسات اطلاع‌رسانی درباره پژوهش به اهمیت و ضرورت شرکت در جلسات مشاوره پرداخته و به‌صورت انعطاف‌پذیر جلسات را براساس زمان‌بندی مادران تنظیم کند. با توجه به اثرات مثبت مشاوره گروهی در مراقبت‌های دوران بارداری براساس یافته‌های پژوهش حاضر محققین پیشنهاد می‌کنند که مطالعات بعدی در زمینه تأثیر مشاوره گروهی بر کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری انجام شود.

نتیجه‌گیری

نتایج کلی حاصل از تحلیل یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که انجام مشاوره گروهی در دوران بارداری باعث افزایش میزان انجام زایمان طبیعی بدون مداخله در زنان باردار شده است و میزان این افزایش نسبت به گروه کنترل که فقط مراقبت‌های روتین دوران بارداری را دریافت کردند، بیشتر و به لحاظ آماری نیز معنادار بود. نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مشاوره گروهی در دوران بارداری روش مناسبی برای ترویج زایمان طبیعی است؛ زیرا به زنان باردار فرصت کسب آگاهی و دانش کافی در زمینه بارداری و زایمان را می‌دهد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری مامایی قزوین با کد IR.QUMS.

تمام مراحل انجام این تحقیق یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض در منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Abbasi Z, Abedian Z, Fadayi A, Esmacil H. Effect of massage on physiologic responses on primiparous women. *Horizon Med Sci*. 2007;13(1):28-33.
2. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong C, S.Dashe J. Williams Obstetrics. 24nd ed. McGraw-Hill Education; 2014.
3. Reza Soltani P, Hosseinjani A, Etebari S. Causes of cesarean section performed in an educational health care center. *J Holist Nurs Midwifery*. 2012;22(1):16-22.
4. Dadipoor S, Alavi A, Safari Moradabadi A. A survey of the growing trend of caesarian section in Iran and the world: a review article. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2016,19(27):8-17.
5. Ministry of Health, Treatment and Medical Education; 2012. Available from: www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pagei.
6. Melender H. Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *J Midwifery Womens Health*. 2002;47(4):256-63. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(02\)00263-5](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(02)00263-5)
7. Sharifirad R, Fathian Z, Tirani M, Mahaki B. Study on Behavioral Intention Model (BIM) to the attitude of pregnant women toward normal delivery and cesarean section in province of Esfahan –Khomeiny shahr-1385. *J Ilam Univ Med Sci*. 2007;15(1):19-23. <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-15-en.html>
8. Guszowska M. The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety Stress Coping*, 2013;27(2):176-89. <https://doi.org/10.1080/10615806.2013.830107> PMID:24199962
9. Nataša Jokić-Begić, Lana Žigić, Sandra Nakić Radoš. Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2014;35(1):22-8. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.866647> PMID:24328559
10. Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. The Role of Relaxation Training to Pregnant Mothers on Health Index of Infants. *J Jahrom Univ Med Sci*. 2013;11(1):15-21. <https://doi.org/10.29252/jmj.11.1.3>
11. Shafiabadi A. Vocational and educational guidance and counseling (concepts and applications). Tehran: Samt; 2005.
12. Faghihi A. Consultation in the mirror of science and religion: Qom: Islamic Publications Office; 2005. PMID:PMC550646
13. Nosratabadi M. Comparison of the effects of group and individual health counseling on knowledge, attitude and choice of delivery mode in first pregnant women [dissertation]. Ahvaz Iran: Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences; 2016.
14. Masoumi SZ, Kazemi F, Oshvandi K, Jalali M, Esmaceli-Vardanjani A, Rafiei H. Effect of training preparation for childbirth on fear of normal vaginal delivery and choosing the Type of delivery among pregnant women in Hamadan, Iran: A Randomized Controlled Trial. *J Family Reprod Health*. 2016;10(3):115-24. PMID:28101112 PMID:PMC5241355
15. Kızıllırmak A, Başer M. The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Appl Nurs Res*. 2016;29:19-24. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.04.002> PMID:26856483
16. Delaram M, Soltanpour F. The Effect of Counseling in Third Trimester on Anxiety of Nulliparous Women at the Time of Admission for Labor. *Zahedan J Res Med Sc*. 2012;14(2):61-5. <http://zjrms.ir/article-1-1089-en.html>
17. Taghizadeh z, Jafar Beyglou M, Arbabi M, Faghizadeh S. The effect of counseling on posttraumatic stress disorder after a traumatic childbirth. *Hayat*. 2008;13(4):23-31. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-160-en.html>
18. Azizi M, Lamyian M, Faghizade S, Nematollahzade M. The effect of counseling on anxiety after traumatic childbirth in nulliparous women; a single blind randomized clinical trial. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2010;14(3):212-19.
19. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, and Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*. 2005;32(1):11-9. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00340.x> PMID:15725200
20. Najafi F, Abouzari-Gazafroodi K, Jafarzadeh-Kenarsari F, Rahnama P, Gholami Chaboki B. Relationship between attendance at childbirth preparation classes and fear of childbirth and type of delivery. *Hayat*. 2016;21(4):30-40. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-1257-en.html>

REC.1395,111 است که در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با شماره IRCT201705139014N163 ثبت شده است. بدین وسیله از مسئولان محترم دانشگاه و کلیه همکاران و مادران عزیزی که در این پژوهش شرکت کرده و ما را در

21. Ministry of Health and Medical Education (MoHME). Health Sector Evolution. Islamic Republic of Iran, Ministry of Health and Medical Education. Available from: <http://tahavol.behdasht.gov.ir/>. Accessed Feb 19, 2015
22. Gibson R, Mitchel M. Introduction to counseling & guidance. New York: Macmillan; 1990.
23. Mental Health Department. Mother safe Country program: The integrated maternal health cares for midwife and General Practitioner. 4nd ed. Tehran: <https://dawhois.com/www/enegah.com.html>, 2016.
24. 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. Iran J Med Educ. 2010;10(2):124-30. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-1225-en.html>
25. Sydsjö G, Bladh M, Lilliecreutz C, Persson A, Vyyöni h, Josefsson A. Obstetric outcomes for nulliparous women who received routine individualized treatment for severe fear of childbirth-a retrospective case control study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:126-41. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-126> PMID:24694283 PMCID:PMC4234140
26. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Øian P. Maternal Request for Cesarean Section due to Fear of Birth: Can It Be Changed Through Crisis-Oriented Counseling? Birth. 2006;33(3):221-8. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00107.x> PMID:16948722
27. Melender HL. Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. J Midwifery Womens Health. 2002;47(4):256-63. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(02\)00263-5](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(02)00263-5)
28. Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmoodi M. Caesarean section in maternity hospitals in Tehran, Iran. Payesh. 2002;1(3):5-10. <http://www.sid.ir/En/Journal/ViewPaper.aspx?ID=45352>
29. Delaram M, Raeisi Dehkordi SAR. The effect of counseling with nulliparous women during third trimester in pregnancy outcomes. Jundishapur Sci Med J. 2012;11(4):355-63.
30. Mehdizadeh A, Roosta F, Chaichian S, Alaghebandan R. Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. Am J Perinatol. 2005;22(1):7-9. <https://doi.org/10.1055/s-2004-837738> PMID:15668838