

تأثیر مداخله آموزشی ایفای نقش بر انتظار تجربه زایمان زنان باردار نخست‌زا

معصومه ملامحمودزاده^۱ معصومه خیرخواه^{۲*} هما صادقی‌اول‌شهر^۲ شیما حقانی^۳

۱. کارشناسی ارشد، مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. ORCID: 0000-0001-9779-5011

۲. گروه آموزش مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

مجله اطلاع‌رسانی پزشکی نوین؛ دوره هفتم؛ شماره اول؛ بهار ۱۴۰۰؛ صفحات ۹-۱۸.

چکیده

هدف: زایمان به عنوان خاص‌ترین تجربه‌ی زنان، در برخی از موارد با تجارب منفی مادر همراه است که می‌تواند یکی از علل افزایش میزان سزارین باشد. ایفای نقش از روش‌های نوین آموزشی، تجسم زایمان را آسان‌تر می‌کند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش به شیوه ایفای نقش بر انتظار تجربه‌ی زایمان زنان باردار نخست‌زا در شهرستان ایلام اجرا شد.

روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی که در سال ۱۳۹۸ انجام شد، ۸۲ مادر واجد معیارهای ورود مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر ایلام، به صورت تصادفی، به گروه‌های مداخله ($n=41$) و کنترل ($n=41$) تخصیص داده شدند. آموزش در گروه مداخله به شیوه‌ی ایفای نقش طی ۳ نمایشنامه‌ی ۴۰ دقیقه‌ای انجام گردید. گروه کنترل از مراقبت‌های معمول بارداری بهره بردند. ارزیابی انتظار تجربه‌ی زایمان، قبل از مداخله، بلافاصله پس از اتمام آخرین جلسه‌ی مداخله و نیز یک هفته پس از زایمان، با پرسشنامه انتظار تجربه‌ی زایمانی ویجا WDE-Q در دو گروه انجام شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و آزمون t مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه و دو طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام گرفت.

نتایج: مقایسه‌ی نمرات بلافاصله بعد از مداخله و قبل از آن ($P\text{-Value} < 0.001$) و همچنین نمرات پس از زایمان و قبل از مداخله ($0.001 < P\text{-Value}$) در دو گروه معنی‌دار بود. به صورتی که کاهش نمرات انتظار تجربه زایمان در گروه مداخله به صورت معنی‌داری از گروه کنترل بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: بکارگیری روش آموزشی ایفای نقش منجر به ارتقاء تجربه زایمان گردید. از این روش می‌توان در طی بارداری برای تشویق مادران و کاهش ترس آن‌ها بهره برد.

کلیدواژه‌ها: آموزش ایفای نقش، تجربه بارداری، ترس از زایمان، تمایل به نوع زایمان.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱/۲۲ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۲/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۳/۲۰

ارجاع: ملامحمودزاده معصومه، خیرخواه معصومه، صادقی‌اول‌شهر هما، حقانی شیما. تأثیر مداخله آموزشی ایفای نقش بر انتظار تجربه زایمان زنان باردار نخست‌زا. مجله اطلاع‌رسانی پزشکی نوین. ۱۴۰۰؛ ۱۸:۷(۱)-۹.

مقدمه:

آمارها در سال‌های اخیر، حاکی از افزایش میزان سزارین در ایران است [۳]. آمار بالای سزارین در ایران، طی سال‌های اخیر موجب گردیده تا نهادهای مسئول به دنبال ارائه راهکارهایی در جهت کاهش این روند در کشور باشند. از جمله‌ی این راهکارها، برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان در بیمارستان‌های دوست‌دار کودک است، اما افزایش آمار سزارین نشان از کم اثر بودن این کلاس‌ها دارد و تعداد اندکی از خانم‌های باردار از این کلاس‌ها استفاده می‌کنند [۴]. افزایش میزان سزارین در سراسر دنیا

بارداری، زایمان و مادر شدن فرآیندی است که پیامدهای اجتماعی و هیجانی مهمی را برای هر زنی به دنبال دارد و توجه پژوهشگران زیادی را به خود جلب کرده است [۱]. روند زایمان، خاص‌ترین تجربه زندگی زنان محسوب می‌شود و در عین حال می‌تواند بالقوه آسیب‌زا نیز باشد و تجارب منفی در ذهن مادر ایجاد کند و نیز یکی از دردناک‌ترین رویدادهایی است که یک زن تحمل می‌کند [۲].

نویسنده مسئول:

معصومه خیرخواه

گروه آموزش مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

ORCID: 0000-0002-1976-6036

پست الکترونیکی: shivakheirkhah1345@gmail.com

تلفن: ۰۲۱-۴۳۶۵۱۷۰۷+۹۸۲۱

دفاتر ثبت اطلاعات مامایی مراجعین و بررسی سن بارداری، تعداد قُل و سوابق بیماری، لیستی از تمامی واجدین شرایط، اخذ گردیده و جهت تکمیل رضایت‌نامه و پرسشنامه‌ها با ایشان تماس گرفته شد. حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با در نظر گرفتن اندازه اثر در سطح متوسط (۰/۵) در زنان نخست باردار باتوجه به فرمول زیر در هر گروه ۳۷ نفر محاسبه شد که با احتساب ده درصد افت نمونه، حجم نمونه در هر گروه ۴۱ نفر برآورد شد.

$$n = \frac{2 \times (Z1 - \alpha/2 + Z1 - \beta)^2 \times (1 + (n - 1)p)}{n(\mu + \mu^2/\sigma)^2} = \frac{2 \times (1.96 + 0.84)2 \times (1 + (3 - 1)0.4)}{3(0.5)^2} = 37$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن ملیت ایرانی، نخست باردار بودن، توانایی خواندن و نوشتن، سن بارداری بین ۳۲ تا حداکثر ۳۸ هفته، تک قلبی، سن ۱۸ تا ۳۵ سال، عدم وجود اندیکاسیون‌های سزارین، عدم سابقه ناباروری و عدم استفاده از روش‌های کمک باروری، عدم وجود مشکلات جسمی و هر نوع شرایط خاص که فرد را در گروه حاملگی‌های پرخطر قرار دهد و عدم مصرف داروهای خاص و کسب نمره‌ی ترس ۶۰ و یا بالاتر از پرسشنامه‌ی انتظار تجربه زایمان (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire: WDEQ) بودند. همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری و بروز حوادث ناگوار از جمله مرگ عزیزان بودند.

از میان ۱۵۶ مادر باردار، ۱۳ نفر حاضر به همکاری نشدند. همچنین ۴۳ نفر بر اساس تکمیل پرسشنامه‌ی پیش آزمون، نمره‌ی ترس کمتر از ۶۰ داشتند. در نتیجه، تعداد ۱۰۰ نفر در دو گروه کنترل (n=۵۰) و مداخله (n=۵۰) اختصاص داده شدند. در ادامه، در گروه مداخله یک نفر به علت زایمان پیش از موعد، چهار نفر به علت عدم تکمیل جلسات آموزشی و چهار نفر به دلیل سزارین اورژانس از مطالعه خارج شدند. در گروه کنترل نیز یک نفر به دلیل عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری، یک نفر به دلیل مرگ داخل رحمی جنین، یک نفر به دلیل پارگی پیش از موعد پرده‌ها، شش نفر به علت سزارین اورژانس از مطالعه خارج شدند. در نهایت ۴۱ نفر از گروه مداخله (n=۴۱) و ۴۱ نفر نیز از گروه کنترل (n=۴۱) مورد تحلیل آماری قرار گرفتند (شکل ۱).

قبل و بعد از مداخله جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه انتظار/ تجربه‌ی زایمان نسخه A (WDEQ-A) انجام شد و نیز یک هفته پس

این مسأله را به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی مطرح ساخته و نام ایران در کنار اولین کشورها با بالاترین نرخ سزارین قرار دارد. به نظر می‌رسد علت اصلی افزایش این نگرانی، مسأله‌ی ترس از تجربه‌ی زایمان طبیعی باشد [۵].

ترس از زایمان طبیعی یکی از مهمترین عواملی است که مادران را به سوی انجام سزارین سوق می‌دهد. ترس از زایمان طبیعی یک مشکل شایع در دوران بارداری است و هر زن باردار درجاتی از ترس و اضطراب را دارد [۶]. به طور تقریبی در ۳۳ درصد از زنان، ترس از زایمان و اضطراب در سه ماهه آخر بارداری گزارش شده است [۷]. انتخاب سزارین به دلیل ترس از زایمان طبیعی باعث می‌شود تا زنان در توانایی خود به عنوان مادر بودن تردید کنند و اعتماد به نفس خود را از دست دهند. تجارب مثبت زایمان طبیعی باعث می‌شود که زنان حتی تا ۲۰ سال بعد از زایمان، اعتماد به نفس بیشتری نسبت به گروه مقابل داشته باشند [۸].

ارائه آموزش‌های با کیفیت دوران بارداری، مؤثرترین عامل بهبود نتایج حاصل از بارداری و زایمان است [۴]. نتایج مطالعه‌ی بر روی ۲۱۰ زن باردار شکم اول که بدون هیچ دلیل طبی متقاضی انجام عمل سزارین بودند، نشان داد که تنها ۹/۵ درصد زنان باردار در مورد مزایا و مضرات سزارین آگاهی مناسب داشتند [۹].

منظور ایجاد نگرش مثبت نسبت به زایمان طبیعی و کاهش ترس از زایمان طبیعی، برنامه‌های آموزشی جامع طراحی شده و لازم است که این آموزش‌ها در مراقبت‌های روتین بارداری گنجانده شوند [۱۰]. روش آموزشی ایفای نقش بیشترین تأکید را بر تعاملات فردی، بین فردی، اجتماعی و نظام ارزشی و نگرشی یادگیرنده دارد [۱۱]. از این رو در این مطالعه برآن شدیم که به بررسی تأثیر مداخله‌ی آموزشی ایفای نقش بر انتظار تجربه‌ی زایمان زنان باردار نخست‌زا بپردازیم.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه‌ی نیمه تجربی با گروه کنترل، در سال ۱۳۹۸ انجام شد. شرکت‌کنندگان در این مطالعه شامل ۸۲ نفر از زنان نخست باردار بودند که جهت دریافت مراقبت‌های معمول بارداری به مراکز خدمات جامع سلامت شهر ایلام مراجعه کرده بودند. شهر ایلام دارای ۱۱ مرکز خدمات جامع سلامت می‌باشد. پژوهشگر ابتدا با قرعه‌کشی، ۶ مرکز را به گروه مداخله‌ی ایفای نقش و ۵ مرکز را به مراقبت‌های معمول بارداری (کنترل) تخصیص داد. سپس مداخلات آموزشی در مراکز تعیین شده تا تکمیل حجم نمونه ادامه یافت. در هر مرکز به شیوه‌ی در دسترس، با استفاده از

وسایل لازم برای اجرای نمایش، ۳- آماده کردن بازیگر، ۴- آماده سازی صحنه برای اجرای روش ایفای نقش، ۵- توضیح مختصر در مورد موضوع و هدف نمایش، ۶- اجرای نمایشنامه و ۷- بحث و گفتگو در مورد نمایشنامه و ارزشیابی نتایج است. در این مطالعه سه نمایشنامه طراحی شد و موضوع نمایشنامه‌ها، به ترتیب شامل نمایشنامه‌ی اول: داستان زنی که تصمیم به انتخاب سزارین دارد و با یک دوست که از قضا ماما نیز هست، هم صحبت شده و می‌خواهد در این امر به او کمک کند. ماما با شنیدن صحبت‌های مادر و دلیل این انتخاب سعی می‌کند تصمیم خانم باردار را با آشنا ساختن وی با روند زایمان طبیعی و تغییر تفکرات غلط خانم باردار تغییر دهد. در نمایشنامه‌ی دوم: داستان زنی مطرح می‌شود که یک هفته پس از سزارین با عفونت و هماتوم محل انسزبون و تب و لرز به بیمارستان مراجعه کرده و بستری می‌شود. داشتن فرزند شیرخوار و دوری از خانه و خانواده، مشکلاتی است که این مادر با آن‌ها مواجه می‌شود. نمایشنامه‌ی سوم: زنی با سابقه‌ی زایمان طبیعی است که مزایای ناشی از آن را مطرح می‌کند. ماما دیگر فواید زایمان طبیعی را برای مادر شرح می‌دهد. وسایل لازم جهت اجرای سه نمایشنامه شامل میز، صندلی، گلدان، تخت، پاراوان، فشارسنج، گوشی پزشکی، چند عدد سرنگ، لوله آزمایش، دماسنج، ست پانسمان، سرم شستشو، گوشی تلفن، آنژیوکت، چند عدد سرم، چند ویال آنتی‌بیوتیک، سونی کیت، مولاژ جهت آشنایی با تغییرات سرویکس و ضرورت معاینه‌ی واژینال، مولاژ جهت آشنایی با آناتومی دستگاه تناسلی و ست زایمان بود. بازیگر همکار، یک ماما بود که در نمایشنامه‌ی اول نقش زنی باردار با تمایل به انجام سزارین، در نمایشنامه‌ی دوم نقش زنی مبتلا به عارضه‌ی عفونت و هماتوم پس از سزارین و در نمایشنامه‌ی سوم نقش زنی با سابقه‌ی زایمان طبیعی را ایفا کرد.

گروه کنترل نیز از مراقبت‌های معمول بارداری که در مراکز بهداشتی و درمانی به صورت حضوری و چهره به چهره ارائه می‌شوند، بهره بردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ با آمار توصیفی و استنباطی و آزمون‌های t مستقل، دقیق فیشر و کای دو، آنالیز واریانس یک‌طرفه و دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، صورت گرفت. یکی از پیش فرض‌های این آزمون، نرمال بودن متغیرهای پژوهش بود که با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف مورد تأیید قرار گرفت. همگنی واریانس‌ها در آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری با بررسی کروی بودن ماتریس واریانس کوواریانس با استفاده از آزمون کورویت موخلی مورد بررسی قرار

از زایمان پرسشنامه انتظار/تجربه‌ی زایمان نسخه‌ی B (WDEQ-B)، توسط مادران دو گروه تکمیل گردید. همچنین سن مادران، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، مدت ازدواج و وضعیت شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان با استفاده از پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناختی جمع‌آوری گردید.

پرسشنامه انتظار/تجربه‌ی زایمان توسط Wijma در سال ۱۹۹۸، با ۳۳ سوال در دو نسخه‌ی A و B طراحی شده است. نسخه‌ی A، جهت بررسی قبل از زایمان و نسخه‌ی B، جهت بررسی بعد از زایمان طراحی شده است. سوالات هر دو پرسشنامه یکسان هستند اما در نسخه‌ی A، فعل‌های استفاده شده به صورت آینده‌نگر بوده و در نسخه B، زایمان اتفاق افتاده و آنچه که مادر تجربه کرده، مورد بررسی قرار می‌گیرد. پاسخ سوالات به صورت طیف لیکرت ۶ تایی (بسیار زیاد= نمره صفر، زیاد= نمره ۱، متوسط= نمره ۲، کم= نمره ۳، خیلی کم= نمره ۴، اصلاً= نمره ۵) بود. دامنه امتیازها از صفر تا ۱۶۵ و نمره بیشتر نشان‌دهنده ترس بیشتر است. پایایی ابزار در سه ماهه آخر بارداری، با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و با روش دو نیمه کردن آزمون ۰/۹۱ و ثبات درونی آن ۰/۹۳ است [۱۲].

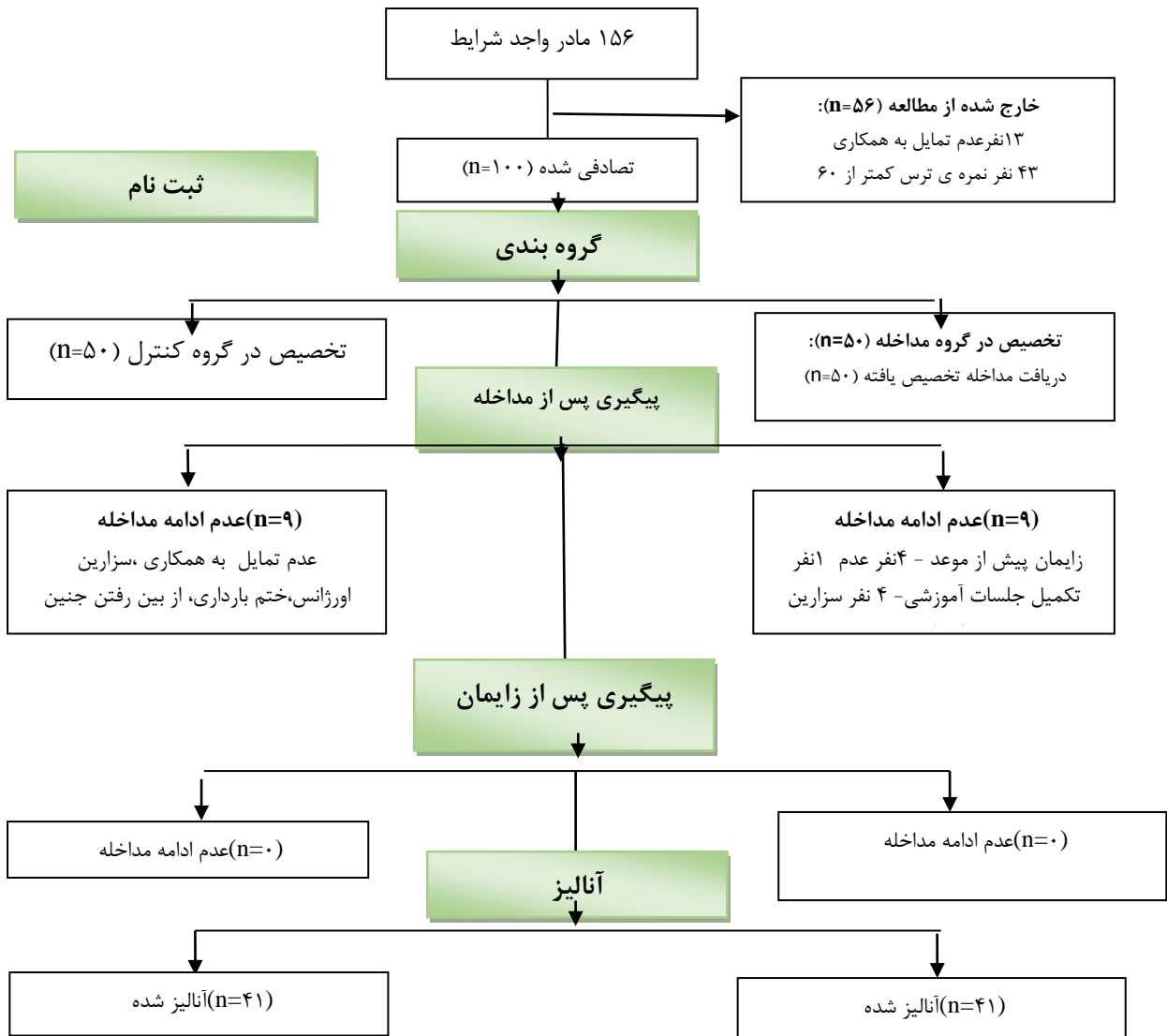
نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران توسط عبدی و همکاران روانسنجی شده و پایایی ابزار در کل دوران بارداری، با آلفای کرونباخ ۰/۶۴ تأیید شده است [۱۳]. همچنین بررسی نسخه‌ی A و B این پرسشنامه توسط مرتضوی و همکاران انجام شده است. پایایی ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تأیید شد [۱۴]. در این پرسشنامه‌ها نقطه‌ی برش ≤ 60 برای ترس زایمان در نظر گرفته شده است [۱۵].

محتوای مداخله بر اساس آشنایی با روند زایمان طبیعی، تشریح عوارض سزارین و فواید زایمان طبیعی، مبتنی بر منابع جدید علمی که به تأیید اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران رسیده بود، طراحی شد. این محتوا به شکل سه نمایشنامه‌ی ۴۰ دقیقه‌ای برای گروه مداخله ارائه گردید. جهت تسهیل در برقراری ارتباط و بهره‌گیری مناسب از کلاس‌های آموزشی، در هر جلسه از افراد دو مرکز دعوت شد. در روزهای زوج یک هفته‌ی از پیش تعیین شده، دو گروه از ساعت ۸:۳۰ تا ۹:۳۰، دو گروه از ساعت ۱۰:۰۰ تا ۱۱:۰۰ و افراد دو مرکز نیز از ساعت ۱۱:۳۰ تا ۱۲:۳۰ هماهنگ شده و در محل سالن آموزشی بیمارستان تخصصی زنان شهر ایلام، نمایشنامه‌های آموزشی اجرا گردید. در هر روز یک نمایش برای گروه‌ها اجرا شد.

در روش ایفای نقش هر نمایشنامه شامل هفت مرحله‌ی ۱- تعیین موضوع و نوشتن آن به صورت نمایشنامه، ۲- فراهم کردن شرایط و

نیز رضایت آگاهانه از افراد واجد معیارهای ورود کسب گردید. اصول اخلاقی و امانت‌داری در استفاده از سایر تحقیقات و منابع توسط پژوهشگر رعایت شد. فرم مشخصات فردی بی‌نام و اطلاعات آن صرفاً در اجرای پژوهش استفاده شد. از مادران گرامی که در این مطالعه ما را یاری نمودند با تقدیم هدایایی تشکر و قدردانی به عمل آمد.

گرفت و از آنجاییکه فرض کورویت برقرار نبود. لذا از آزمون Greenhouse-Geisser در این مطالعه استفاده شد. در طول فرآیند انجام این پژوهش ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شد. کد اخلاق با شماره IR.IUMS.REC.1398.399 از معاونت پژوهشی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران دریافت و مطالعه در سامانه‌ی کارآزمایی بالینی تایلند با کد TCTR20200723005 ثبت و



شکل ۱- فرآیند ورود و خروج نمونه‌ها طی کارآزمایی بالینی

(Value). میانگین و انحراف معیار سن زنان باردار در گروه مداخله $24/61 \pm 4/32$ سال و در گروه کنترل $24/90 \pm 4/51$ سال بود (P-Value=0/765).

یافته‌ها:

آزمون‌های آماری تفاوت معنی‌داری را در مشخصات فردی زنان باردار شرکت‌کننده در پژوهش، در هر دو گروه نشان نداد (P=0/050).

۸۰ درصد در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت نکرده بودند (جدول ۱).

اکثریت هر دو گروه دارای تحصیلات بالای دیپلم و خانه‌دار و به اظهار خود، وضعیت اقتصادی متوسط داشتند. در هر دو گروه نزدیک به

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی داده‌های آماری

P-value	n=۴۱ گروه کنترل فراوانی (درصد)	n=۴۱ گروه مداخله فراوانی (درصد)	خصوصیات
۰/۷۶۵	۲۴/۹۰ ± ۴/۵۱	۶۱/۲۴ ± ۴/۳۲	سن (سال) انحراف معیار ± میانگین
۰/۱۲۱	۳/۰۵ ± ۱/۹۸	۲/۳۷ ± ۱/۹۵	مدت ازدواج (سال) انحراف معیار ± میانگین
	(۹/۷)۴	(۱۲/۲) ۵	کمتر از دیپلم
۰/۲۹۴	(۴۱/۵) ۱۷	(۳۱/۷) ۱۳	دیپلم
	(۴۸/۸) ۲۰	(۵۶/۱) ۲۳	بالای دیپلم
	(۲۲) ۹	(۹/۷) ۴	کمتر از دیپلم
۰/۱۹۴	(۶۱) ۲۵	(۶۵/۹) ۲۷	دیپلم
	(۰) ۰	(۲/۴) ۱	بالای دیپلم
	(۶۵/۹) ۲۷	(۶۸/۳) ۲۸	خانه دار
۰/۸۱۴	(۳۴/۱) ۱۴	(۳۱/۷) ۱۳	شاغل
	(۹/۸) ۴	(۷/۳) ۳	کارمند
۰/۶۳۵	(۴۱/۴) ۱۷	(۵۳/۷) ۲۲	کارگر
	(۴۸/۸) ۲۰	(۳۹) ۱۶	آزاد
	(۲) ۴/۹	(۶) ۱۴/۶	ضعیف
۰/۳۵۵	(۳۶) ۶۳/۴	(۲۵) ۶۱	متوسط
	(۱۳) ۳۱/۷	(۱۰) ۲۴/۴	خوب
	(۲۵) ۶۱	(۱۷) ۴۱/۵	دختر
۰/۰۷۷	(۱۶) ۳۹	(۲۴) ۵۸/۵	پسر
	(۲۷) ۶۵/۹	(۱۸) ۴۳/۹	خواسته
۰/۱۱۹	(۱۱) ۲۶/۸	(۱۷) ۴۱/۵	وضع بارداری
	(۳) ۷/۳	(۶) ۱۴/۶	بی برنامه
	(۱۲) ۲۹/۳	(۱۲) ۲۹/۳	شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان
-	(۲۹) ۷۰/۷	(۲۹) ۷۰/۷	عدم شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان

*آزمون t مستقل، دقیق فیشر، کای دو. اختلاف معناداری P-Value = ۰/۰۵

جهت بررسی اثر مداخله بر انتظار تجربه زایمان از آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری دو عاملی استفاده شد. نتایج نشان دهنده آن بود که اثر متقابل زمان و گروه ($P\text{-Value} < ۰/۰۰۱$) و همچنین اثر زمان معنی‌دار بود ($P\text{-Value} < ۰/۰۰۱$)، اما اثر گروه معنی‌دار ($P = ۰/۵۰۳$) نبود (جدول ۲).

این به این معنی است که میزان نمرات تجربه ی زایمان در هر یک از زمان های پس از مداخله و پس از زایمان در هر گروه به صورت جداگانه بهبود یافته است. اما در مقایسه ی نمرات بین دو گروه تغییر چشمگیری ایجاد نگردید.

نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد در گروه ایفای نقش میانگین نمره انتظار تجربه زایمان در حداقل یکی از زمان‌ها با بقیه تفاوت معنی‌دار آماری دارد ($P\text{-Value} < ۰/۰۰۱$). مقایسه دو به دو Bonferroni نشان داد که میانگین نمرات بلافاصله بعد از مداخله ($P\text{-value} < ۰/۰۰۱$) و نمرات پس از زایمان ($P\text{-Value} < ۰/۰۰۱$) به صورت معنی‌داری از نمرات قبل از مداخله کمتر بود. همچنین نمرات پس از زایمان نیز به صورت معنی‌داری بلافاصله بعد از مداخله ($۰/۰۱۰ = P\text{-Value}$) کمتر بود که نشان دهنده ی ترس کمتر است.

نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد در گروه کنترل میانگین نمره انتظار تجربه زایمان در زمان‌های مورد بررسی با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P\text{-Value} = ۰/۳۰۶$).

جدول ۲- مقایسه انتظار تجربه‌ی زایمان زنان باردار نخست‌زا در دو گروه مداخله و کنترل قبل، بلافاصله پس از مداخله و پس از زایمان

شاخص	گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	بعد از زایمان	اثر زمان	اثر گروه	اثر زمان*گروه
		انحراف معیار \pm	انحراف معیار \pm	انحراف معیار \pm			
		میانگین	میانگین	میانگین			
مقایسه انتظار تجربه‌ی زایمان در دو گروه	مداخله n=41	78/85 \pm	75/95 \pm	74/71 \pm			
	کنترل n=41	10/83 \pm	10/32 \pm	10/48 \pm			
		78/17 \pm	78/24 \pm	77/46 \pm			
		10/03 \pm	9/80 \pm	9/75 \pm			
	P-Value	P-Value	P-Value	P-Value	P-Value	P-Value	P-Value
		=0/768	=0/286	=0/221	<0/001	=0/5	<0/001
	df		80		F=19/15	F=0/45	F=11/54

* آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر. اختلاف معناداری P-Value=0/05

بحث و نتیجه‌گیری:

در مطالعه‌ی حاضر، نتایج داده‌ها از بین ۸۲ نمونه‌ی مورد پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد در گروه روش آموزشی ایفای نقش، کاهش نمرات پس از مداخله و پس از زایمان به صورت معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل است. با این وجود، تفاوت نمرات بین دو گروه معنی‌دار نبود.

در سال‌های اخیر به دلیل به دست آمدن نتایج غیر رضایت‌بخش از میزان اثربخشی کلاس‌های آمادگی برای زایمان، مطالعات متعددی برای آگاه‌سازی بانوان و ترویج زایمان طبیعی صورت گرفته است حسینی و همکاران یک مرور نظام‌مند و متاآنالیز با هدف تعیین مداخلات جسمانی و روانشناختی کاهش دهنده‌ی ترس از زایمان انجام دادند. این مطالعه که با ابزار Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire - Version A ارزیابی شد، نشان داد، آگاهی زنان باردار در مورد روند زایمان طبیعی و منافع آن، به طور قابل توجهی ترس از زایمان طبیعی را کاهش می‌دهد و اگر مداخله و در واقع فرآیند آموزش زنان باردار به درستی اجرا شود، باعث کاهش چشم‌گیر ترس از زایمان طبیعی می‌شود. واضح است که افزایش آگاهی تنها قادر به برطرف ساختن بخشی از علل ترس بوده و در همه زنان باردار نمی‌تواند ترس از زایمان را کاهش دهد [۱۶].

مطالعات متعددی در خصوص علل ترس از زایمان انجام گرفته است. برخی پژوهش‌ها ترس از زایمان را به افسردگی، احساس آسیب‌پذیری، فقدان حمایت اجتماعی، فقدان اعتماد به کارکنان بیمارستان و تجارب منفی زایمان‌های قبلی مرتبط می‌دانند [۱۷]. از دیگر علل ترس از زایمان می‌توان به خصوصیات شخصی و روانی مادر اشاره نمود [۱۸].

نکته‌ی قابل تأمل در آموزش‌های روتین بارداری، پرداختن به جنبه‌ی فیزیکی زایمان طبیعی و صرفاً بیان تعدادی از مزایای جسمانی آن است و بخش روانشناختی و روحی بارداری و زایمان کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد [۱۹]. در مطالعه‌ی حاضر، عدم پرداختن به بُعد روانشناختی ترس از زایمان، می‌تواند دلیلی تأثیرگذار در حصول نتایج باشد. به همین دلیل بیشتر مداخلات آموزشی اخیراً از مداخلات آموزشی ارتقاءدهنده‌ی دانش و آگاهی در رابطه با بُعد جسمانی ترس از زایمان، به سمت مداخلات آموزشی و درمانی بُعد روانشناختی سوق یافته است [۱۶].

در یک کارآزمایی بالینی که توسط نوانی و همکاران انجام شد، تأثیر آموزش از طریق ایفای نقش و سخنرانی بر ترس زایمان طبیعی و انتخاب نوع زایمان در زنان نخست باردار مقایسه گردید. در گروه سخنرانی تصمیم‌گیری نسبت به انتخاب سزارین حتی پس از اجرای مداخله افزایش داشت در حالی که در گروه مداخله به روش ایفای نقش، تمامی زنان زایمان طبیعی را انتخاب کرده بودند [۲۰]. در این مطالعه، در روش ایفای نقش مطابق با روشی که در مطالعه‌ی اینجانب پیاده‌سازی شد، محقق با کمک یک همکار سه نمایشنامه اجرا نمود. همچنین در مطالعه‌ی نوایی پیش از شروع مداخلات یک جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای در مورد مزایای زایمان طبیعی برگزار شد که در حصول نتایج بی‌تأثیر نبوده است.

Fikry و همکاران در یک کارآزمایی بالینی تأثیر دستورالعمل‌های سلامت مادران را بر ترس زایمان طبیعی در زنان باردار و ترجیح به سزارین بررسی نمودند. نتایج مطالعه حاکی از تغییر در ترجیح زنان از زایمان سزارین به زایمان طبیعی پس از دانش کسب شده در مورد تمایز بین زایمان طبیعی و سزارین از طریق نمایش فیلم و سخنرانی بود [۸].

در ویدئو، یک ارتباط بصری برای انتقال مفاهیم به صورت متن و فیلم برقرار می‌شود و لذا اثرگذاری بیشتری داشته است.

Kızılırmak و همکاران در یک کارآزمایی بالینی قبل و بعد به مطالعه‌ای با عنوان بررسی تأثیر آموزش به روش سخنرانی بر ترس از زایمان در زنان نخست باردار پرداختند. نتایج پرسشنامه انتظار/ تجربه‌ی زایمان نشان داد که نزدیک شدن به زایمان در گروه کنترل با افزایش نمره‌ی ترس همراه شد در حالی که در گروه مداخله نمره‌ی ترس افزایش پیدا نکرد [۲۱]. مصداق این حالت در مطالعه‌ی حاضر نیز دیده شد.

نتایج حاصل از مطالعه‌ای که توسط Bergström و همکاران روی زوج‌های سوئدی انجام شد، با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. در این مطالعه تأثیر کلاس‌های آمادگی برای زایمان از طریق نمایش فیلم با کلاس‌های آمادگی برای زایمان به روش رایج، مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که تجربه زایمانی سنجیده شده به وسیله ابزار WDEQ-A تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مورد بررسی نداشته است [۲۲]. علاوه بر این، یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی Nair و همکاران، با نتایج مطالعه‌ی ما مطابقت داشت. در این مطالعه‌ی نیمه تجربی، گروه مداخله ($n=31$) از طریق نمایش فیلم، آموزش‌های آمادگی برای زایمان را دریافت کردند و گروه کنترل ($n=33$) از مراقبت‌های روتین بارداری استفاده نمودند. نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش به روش نمایش فیلم نمی‌تواند ترس از زایمان در گروه مداخله را نسبت به گروه کنترل کاهش دهد [۲۳].

در این میان، مطالعه‌ای که توسط İsbir و همکاران در ترکیه صورت گرفت، با ارائه آموزش در هر دو بُعد جسمانی و روانشناختی، توانست ترس از زایمان را در گروه مداخله کاهش داده و منجر به حصول نتایج متفاوت از مطالعه حاضر گردد [۲۴].

اگرچه در مطالعه‌ی حاضر مقایسه‌ی تجربه‌ی زایمان بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت اما نمرات پس از مداخله و پس از زایمان در گروه مداخله به میزان قابل‌توجهی کاهش یافت. مداخله‌ی ما توانست نمرات ترس از زایمان را در گروه مداخله، بیش از گروه کنترل کاهش دهد. در گروه مداخله با نزدیک شدن به موعد زایمان تنها در ۲ نفر شاهد افزایش نمره‌ی ترس بودیم. بنابراین بکارگیری روش آموزشی ایفای نقش منجر به ارتقاء تجربه زایمان گردید. از این روش می‌توان در طی بارداری برای تشویق مادران و کاهش ترس آن‌ها بهره برد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه، می‌توان به حالت روحی-روانی در هنگام پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه اشاره نمود که ممکن است در نتایج پژوهش تأثیرگذار باشد. همچنین روش ایفای نقش برای هدف‌های

پیچیده آموزشی مناسب نبوده و احتمال جدی گرفته نشدن توسط فراگیران به جنبه نمایش وجود دارد. به نظر می‌رسد پژوهش‌های آینده ملزم به بررسی‌های تکمیلی با جامعه آماری بزرگ‌تر باشد. همچنین آموزش‌های دوران بارداری و زایمان به شیوه‌ی ایفای نقش و نیز تأثیر آموزش روانشناختی آمادگی برای زایمان به شیوه‌ی ایفای نقش بر تجربه‌ی بارداری، نیازمند مطالعه و پژوهش است.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به عنوان تأمین‌کننده مالی این پژوهش، تحصیلات تکمیلی و معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، معاونت بهداشتی و مسئولین مراکز و پایگاه های جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایلام و کلیه مادران گرامی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تأییدیه اخلاقی:

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب جلسه شورای پژوهشی مورخ ۹۸/۲/۱۵ و جلسه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1398.399 و شماره ثبت در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی تایلند (TCTR) با کد TCTR20200723005 است.

تعارض منافع:

نویسندگان اظهار داشتند که تعارض منافی وجود ندارد.

سهام نویسندگان:

معصومه ملامحمودزاده (نویسنده اول) گردآوری اطلاعات، تجزیه تحلیل و تهیه مقاله ۴۰ درصد؛ معصومه خیرخواه (نویسنده دوم) تهیه مقاله ۲۰ درصد، هما صادقی‌اول‌شهر (نویسنده سوم) گردآوری اطلاعات ۲۰ درصد؛ شیما حقانی (نویسنده چهارم) تجزیه و تحلیل اطلاعات ۲۰ درصد.

حمایت مالی:

این مقاله با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است.

Reference

- Salmela-Aro K, Read S, Rouhe H, Halmesmäki E, Toivanen RM, Tokola MI, et al. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *J Health Psychol*. 2012; 17(4):520-34. DOI: 10.1177/1359105311421050
- Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sütterlin M, et al. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2013; 170(2):401-6. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2013.07.040
- Azami-Aghdash S, Ghojzadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M. Prevalence and causes of cesarean section in Iran: Systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health*. 2014; 43(5): 54-5. PMID: 26060756
- Masoumi SZ, Kazemi F, Oshvandi K, Jalali M, Esmaeili-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):115-21. PMID: 28101112
- Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage. *World health report*. 2010; 30(1):1-31.
- Pazandeh F, Potrata B, Huss R, Hirst J, House A. Women's experiences of routine care during labour and childbirth and the influence of medicalisation: A qualitative study from Iran. *Midwifery*. 2017; 53:63-70. DOI: 10.1016/j.midw.2017.07.001
- Nasiri F, Sharifi S. Relationship between fear of childbirth and personality type in pregnant women. *IJOGI*. 2013; 16(66):18-25. [In Persian]
- Khedr NF, Eldeen MS. Effect of healthy instructions on reducing pregnant women's fear of normal delivery and preferences for cesarean delivery. *AJNS*. 2017; 6(3):176-84. DOI: 10.11648/j.ajns.20170603.15
- Jamshidi Evanaki F, Khakbazan Z, Babaei G, Seyed Noori T. Reasons of choosing Cesarean section as the delivery method by the pregnant women referred to healthtreatment centers in Rasht. *Hayat*. 2004; 10(3):50-60. [In Persian]
- Yosefvand M, Khorsandi M, Roozbahani N, Ranjbaran M. Affecting factors fear of childbirth based on the theory of planned behavior in pregnant women in Aleshstar in 2015. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2017; 25(4):114-20. [In Persian] DOI: 10.30699/sjnhmf.25.4.114
- Karbasi F, Khatiban M, Soltanian A. The effects of teaching the communication skills to patients through Role-Playing method on nursing students' Self-Efficacy. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2019; 26(6):357-65. DOI: 10.30699/sjnhmf.26.6.357
- Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998; 19(2):84-97. DOI:10.3109/01674829809048501
- Abedi P, Hazeghi N, Afshari P, Fakhri A. The validity and reliability of Persian version of Wijma delivery expectancy/experience questionnaire (version a) among Iranian nulliparous women. *Glob J Health Sci*. 2017; 9(2):269-76. DOI:10.5539/gjhs.v9n2p269
- Mortazavi F. Validity and reliability of the Farsi version of Wijma delivery expectancy questionnaire: an exploratory and confirmatory factor analysis. *Electron Physician*. 2017; 9(6): 4606-15. DOI: 10.19082/4606
- Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. Exploring the fear of birth scale in a mixed population of women of childbearing age-a Swedish pilot study. *Women Birth*. 2018; 31(5):407-13. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.12.005
- Hosseini VM, Nazarzadeh M, Jahanfar S. Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women Birth*. 2018; 31(4):254-62. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.10.007.
- Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*. 2011; 27(4):560-67. DOI: 10.1016/j.midw.2010.05.004
- Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey.

- Midwifery. 2009; 25(2):155-62. DOI: 10.1016/j.midw.2007.02.005
19. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Ryding EL. Psycho-social predictors of childbirth fear in pregnant women: An Australian study. *Open J Obstet Gynecol*. 2014; 4:531-43. DOI: 10.4236/ojog.2014.49075
 20. Navaee M, Abedian Z. Effect of role play education on primiparous women's fear of natural delivery and their decision on the mode of delivery. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015; 20(1):40-6. PMID: 25709689
 21. Kızıllırmak A, Başer M. The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Appl Nurs Res*. 2016; 29:19-24. DOI: 10.1016/j.apnr.2015.04.002
 22. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth, and parental stress in mothers and fathers: A randomized controlled multicenter trial. *Obstetric Anesthesia Digest*. 2010; 30(3):152-3. DOI: 10.1097/01.aoa.0000386822.05009.6e
 23. Nair DG, Fernandes SJ, Roach EJ. Effectiveness of video assisted childbirth preparation on knowledge, childbirth experience and stress. *Int J Nurs Educ*. 2015; 7(2):229-34. DOI: 10.5958/0974-9357.2015.00110.5
 24. İsbir GG, İnci F, Önal H, Yıldız PD. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Appl Nurs Res*. 2016; 32:227-32. DOI: 10.1016/j.apnr.2016.07.013

The effect of role-playing educational intervention on the expectation of childbirth experience in primiparous pregnant women

Masoume Mola Mahmoudzade¹ Masoomeh Kheirkhah² Homa Sadeghi Avvalshahr^{2*} Shima Haghani³

1. MSc, Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0001-9779-5011
2. Department of Midwifery Education, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Biostatistics, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

(Received 11 Apr, 2021)

Accepted 10 Jun, 2021)

Original Article

Abstract

Aim: Childbirth, as women's most special experience, is associated with negative understandings of mothers, which would be a reason for increasing the rate of cesarean section. Role training is a new educational method that facilitates the visualization of childbirth. The present study was conducted to determine the effect of role-playing training on the expectation of childbirth experience of primiparous pregnant women in Ilam.

Methods: In this quasi-experimental study that was conducted in 2019, 82 mothers who met the criteria were randomly divided into intervention (n = 41) and control (n = 41) groups in comprehensive health centers of Ilam. The training in the intervention group was provided in a role-playing manner during three 40-minute plays. The control group received routine prenatal care. Evaluation of the expectation of delivery experience before the intervention, immediately after the last intervention session, and also one week after delivery, was performed with the Vijma Waiting Experience Examination Questionnaire (WDE-Q) in two groups. Data analysis was performed using SPSS software and an independent t-test, and one-way analysis of variance.

Results: Comparison of scores for the two groups before and immediately after the intervention (P <0.001) and also after delivery and before the intervention (P = 0.001) were significant. The reduction of expectation scores of delivery experience in the intervention group was significantly greater than the control group.

Conclusion: Applying the role-playing training method led to improving the delivery experience. This method can be used during pregnancy to encourage mothers and reduce their stress from childbirth.

Keywords: Role training, Pregnancy experience, Fear of childbirth, Type of childbirth.

How to cite this article: Mola Mahmoudzade M, Kheirkhah M, Sadeghi Avvalshahr H, Haghani Sh. The effect of role-playing educational intervention on the expectation of childbirth experience of primigravida women. *Journal of Modern Medical Information Sciences*. 2021; 7(1):9-18.

Correspondence:

Masoomeh Kheirkhah

Department of Midwifery Education, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: + 98 2143651707

Email: shivakheirkhah1345@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1976-6036