

بررسی سازگاری با درد زایمان بر اساس باورهای غیر

منطقی در دوران بارداری

فریده خاوری^۱، دکتر ناهید گلمکانی^{۲*}، دکتر آزاده ساکی^۳، دکتر حمیدرضا

آقامحمدیان شعرباف^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۰۲

خلاصه

مقدمه: خودکارآمدی زایمان به باور فرد در توانایی‌اش برای استفاده از رفتارهای مقابله خاص در طی لیبر اشاره می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند افراد در شرایطی که باورهای نادرست داشته باشند، از توانایی‌های خود استفاده کمتری می‌کنند، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط انواع باورهای غیرمنطقی با خودکارآمدی زایمان انجام شد. **روش کار:** این مطالعه همبستگی- توصیفی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۷۰۲ زن باردار ۳۹-۳۵ هفته، بارداری سوم و کمتر کم خطر مراجعه‌کننده به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی درمانی مشهد انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های اطلاعات فردی و مامایی، باورهای غیر منطقی جونز و خودکارآمدی زایمان بود. فرم انتخاب واحد پژوهش و پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی توسط پژوهشگر، از طریق مصاحبه و اطلاعات ثبت شده در پرونده و پرسشنامه باورهای غیرمنطقی و خودکارآمدی زایمان توسط واحد پژوهش، در حضور پژوهشگر تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی اسپیرمن، رگرسیون خطی و مدل‌های خطی عمومی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد. **یافته‌ها:** بر اساس نتایج، میانگین نمره باورهای غیرمنطقی $34/8 \pm 35/7$ و خودکارآمدی زایمان $439/2 \pm 99/2$ بود. خودکارآمدی زایمان با باورهای غیرمنطقی بی‌مسئولیتی عاطفی و وابستگی، رابطه خطی مستقیم معنادار و با باور غیرمنطقی و انتظار بیش از حد از خود، رابطه خطی معکوس معنادار داشت ($p < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** باورهای غیر منطقی انتظار بیش از حد از خود، بی‌مسئولیتی عاطفی و وابستگی می‌توانند سازگاری با درد زایمان را در زنان باردار پیش‌بینی کنند.

کلمات کلیدی: باور غیر منطقی، خودکارآمدی زایمان، زایمان

* نویسنده مسئول مکاتبات: ناهید گلمکانی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک: golmakanin@mums.ac.ir

خودکارآمدی زایمان^۱ به باور فرد در توانایی‌اش برای استفاده از رفتارهای مقابله خاص در طی لیبر اشاره می‌نماید (۱۳). خودکارآمدی زایمان، از عوامل تأثیرگذار برای مقابله با این موقعیت پرسترس و اجرای رفتارهای سازگار با درد زایمان خواهد بود (۸، ۱۴) و می‌تواند انگیزه و نگرش زنان باردار برای زایمان طبیعی را تحت تأثیر قرار دهد (۱۵). مطالعات اخیر نیز نشان داده‌اند که خودکارآمدی زایمان (۱۶، ۱۷) بر سزارین انتخابی، رضایت از زایمان، عملکرد خود و حمایت ماما/پزشک (۱۷) نقش دارد و به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده تحمل درد لیبر معرفی شده است. تأثیر عوامل روانی گوناگون بر درک مادر از درد زایمان به‌عنوان یک پدیده بالینی به خوبی شناخته شده است (۱۸). از عوامل روانی عمده تأثیرگذار بر درد زایمان می‌توان به اضطراب و ترس مادر از درد زایمان و انتظارات غیرمعمولانه مادر در ارتباط با آن، نگرانی مادر در مورد خود و نوزادش و عدم احساس آمادگی روانی برای زایمان و مقابله با درد اشاره کرد (۷، ۱۸، ۱۹). مطالعه عمیدی مظاهری و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد، بین انتخاب زایمان به روش سزارین و خودکارآمدی زایمان ارتباط معکوس وجود دارد (۲۰). عملکرد انسان متأثر از گرایش‌های شناختی، عاطفی، انتظارات، باورها و ارزش‌ها می‌باشد. عنصر کلیدی برای اعمال کنترل و کارکردهای شخصی، باور انسان در مورد خود است (۲۱). داشتن دانش، مهارت‌ها و دستاوردهای قبلی افراد پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی برای عملکرد آینده افراد نمی‌باشند، بلکه باور انسان درباره توانایی‌های خود در انجام آن‌ها بر چگونگی عملکرد خویش مؤثر است. مهارت‌ها می‌توانند به آسانی تحت تأثیر خودشکی یا خودتردیدی قرار گیرند، در نتیجه حتی افراد خیلی مستعد در شرایطی که باورهای ضعیفی نسبت به خود داشته باشند، از توانایی‌های خود استفاده کمتری می‌کنند (۱۲). به عقیده بک پاسخ‌های هیجانی فرد با ارزیابی تحریف شده فرد و نه با واقعیت هماهنگ است. وقتی یک رویداد یا واقعه ناراحت‌کننده برای فرد اتفاق می‌افتد، خود آن رویداد، فرد را مضطرب نمی‌کند، بلکه برداشت وی از آن رویداد است که منجر به ناراحتی

مقدمه

حاملگی و پیامدهای آن، زندگی یک زن را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تجارب منفی حاملگی و زایمان می‌تواند تأثیر قوی و طولانی بر سلامت کلی مادر داشته باشد (۱). زایمان با درجه‌ای از بلا تکلیفی همراه است. هیچ فردی نمی‌تواند به زن باردار به‌طور دقیق بگوید که چه زمانی درد خودبخودی زایمان شروع شده، چه اندازه طول می‌کشد و یا به‌درستی او چه چیزی را در طی این مرحله تجربه خواهد کرد. چیزی که زن باردار باید بداند این است که زایمان، پدیده طبیعی و نتیجه واقعی حاملگی است و او باید این رویداد را تجربه کند (۲). حدود ۶۰٪ زنان نخست‌زا و ۴۰٪ زنان چندزا درد شدیدی را در طی زایمان تجربه می‌کنند (۳). بررسی‌ها نشان می‌دهد زنان از زایمان می‌ترسند، چون درد آن را خارج از توان خود می‌پندارند و نسبت به سلامت خود نگران هستند (۳). در این شرایط، ترسی مبهم تمام وجود او را در برمی‌گیرد و برای فرار از آن، سزارین را انتخاب می‌کند (۴). این درخواست از خودکارآمدی کم آنان در انجام زایمان طبیعی حاصل می‌گردد (۵)؛ چراکه زن باردار تصور می‌کند قادر به کنترل موقعیت لیبر نیست (۶). نگرش زن از درد زایمان تحت تأثیر عوامل فیزیکی، روانی، محیطی و حمایتی قرار می‌گیرد (۷). عوامل پیش‌بینی‌کننده تجارب مثبت و راحت زایمان، آگاهی، خودباوری، کنترل دلهره و نترسیدن می‌باشد (۸)، باور شخص نسبت به توانایی خود جهت انجام موفقیت‌آمیز رفتار، به‌عنوان خودکارآمدی مهم است (۱۰). خودکارآمدی همخوان با مفهوم خودباوری می‌باشد و به اطمینان فرد در مورد توانایی‌اش برای رفتار به طریقی که به نتیجه مطلوب بیانجامد، اشاره می‌نماید (۱۱). درک خودکارآمدی قبل از یک رویداد پیش‌بینی می‌کند که آیا افراد برای مقابله با موقعیت تلاش خواهند کرد و چه مدت تلاش تداوم می‌یابد (۴). به‌طور خلاصه، خودکارآمدی به داشتن مهارت مربوط نمی‌شود؛ چراکه انجام وظایف توسط افراد مختلف با مهارت‌های مشابه در موقعیت‌های متفاوت به کارآمدی آنان وابسته است (۱۲). یکی از این موقعیت‌های خاص، زایمان است (۸).

¹ Childbirth self-efficacy

می‌شود (۲۲). بنابراین اولین قدم برای رسیدن به موفقیت، یافتن باورهایی است که ما را در جهت نتایج درست هدایت کند (۲۳). نظام اعتقادی فرد، شامل مجموعه‌ای از اعتقادات و باورداشتهای منطقی و غیرمنطقی است (۲۴). باورهای غیرمنطقی باورهای ناکارآمد، جزمی، متحجر و غیرواقعه‌گرایانه بوده (۲۵) که موجب بدفهمی و تعریف واقعیت‌های بیرونی، محرک‌های محیطی و رفتارهای دیگران می‌شود. در نتیجه سازگاری فرد را مختل کرده و یا اجازه سازگار شدن را به فرد نمی‌دهد (۲۶). این باورها حول محور خود، دیگران و شرایط محیط می‌چرخند (۲۴) و معمولاً با جملاتی مانند چقدر وحشتناک است، چقدر خطرناک است، غیر قابل تحمل است، غیر قابل تصور است، نمی‌توانم و ... همراه است (۲۷). افراد با باورهای غیرمنطقی نیاز به حمایت و تأیید اشخاصی دارند که آن‌ها را می‌شناسند و یا به آن‌ها علاقه دارند (۲۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند زنان با تفکر منطقی در فرآیند باروری موفق‌ترند (۲۸). علی‌اکبری و همکاران (۲۰۱۳) به تأثیر انواع باورهای غیرمنطقی در بیماری‌های جسمی پرداخته و نشان دادند در بیماران قلبی باورهای غیرمنطقی نیاز به تأیید و حمایت دیگران، تمایل به سرزنش خود و اجتناب از مشکل، بالاتر از افراد سالم است (۲۹). بر اساس مطالعه جاویدی و همکاران (۲۰۱۰)، ابعاد باورهای غیرمنطقی (ضرورت تأیید و حمایت دیگران، بی‌مسئولیتی عاطفی و اجتناب از مشکل) با خودکارآمدی در زنان قربانی خشونت ارتباط دارد (۲۸). تاکنون باورهای غیرمنطقی زنان باردار سنجیده نشده و در مورد ارتباط باورهای غیرمنطقی با خودکارآمدی زایمان مطالعه ثبت شده‌ای وجود ندارد. با توجه به تفاوت نگرش افراد به درد و باور افراد نسبت به توانایی‌های خود که در قالب خودکارآمدی قابل پیش‌بینی می‌باشد و نیز ارتباط احتمالی آن با نگرانی‌ها و ارزیابی‌های غیر واقع‌بینانه، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن در بارداری با خودکارآمدی زایمان انجام شد تا با استفاده از نتایج این تحقیق بتوان باورهای غیرمنطقی در دوران بارداری را شناسایی و به زنان باردار کمک کرد تا

خودکارآمدی بیشتری جهت سازگاری با لیبر و زایمان کسب نمایند.

روش کار

این مطالعه همبستگی- توصیفی یک گروه در سال ۱۳۹۴ بر روی ۷۰۲ زن باردار واجد شرایط پژوهش و مراجعه‌کننده به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: مسلمان و ایرانی بودن، رضایت شرکت در مطالعه، سن ۱۸-۳۵ سال، سواد خواندن و نوشتن، سن حاملگی ۳۵-۳۹ هفته بر اساس LMP یا سونوگرافی سه ماهه اول، حاملگی تک قلو و زنده، حاملگی سوم و کمتر، عدم سابقه بیماری طی^۱ و مشکلات مامایی طی بارداری یا حاملگی پرخطر^۲ بود. معیارهای خروج در ابتدای پژوهش شامل: بارداری به دنبال درمان نازایی، استفاده از قلیان، سیگار، مواد مخدر، الکل و داروهای روان‌گردان، سابقه مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس، مصرف دارو یا بستری در بیمارستان به علت بیماری روانی طی یک سال گذشته، استرس عمده^۳ طی ۶ ماه اخیر، سابقه سزارین یا هرگونه اندیکاسیون سزارین^۴، سابقه زایمان طبیعی ابزاری و سابقه سقط‌های مکرر بود. معیارهای خروج در حین پژوهش شامل: زنان باردار با عدم تمایل به ادامه همکاری در مطالعه، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، وقوع حوادث ناگوار و استرس‌زا^۵، عوارض مرتبط با بارداری^۶، بستری در بیمارستان و خاتمه بارداری طی مدت پژوهش بود.

^۱ دیابت، فشارخون بالا، پرکاری و کم کاری تیروئید، بیماری های کبدی، قلبی، تنفسی، کلیوی، انعقادی، صرع، فلج، روانی تشخیص داده شده توسط روانپزشک یا روانشناس

^۲ پره اکلامپسی، دیابت، زایمان زودرس، محدودیت رشد جنینی، مرگ جنین، پارگی پیش از موعد پرده های جنینی، دکولمان جفت و اختلالات حجم مایع آمنیوتیک، جفت سرراهی، ناهنجاریهای جنینی

^۳ بیماری جدی خود، همسر یا فرزندان، فوت یکی از نزدیکان، مهاجرت، تصادف و اختلاف خانوادگی شدید

^۴ حاملگی چندقلویی، لگن کوچک، دیابت و فشار خون بالا

^۵ بیماری جدی خود، همسر یا فرزندان، فوت یکی از نزدیکان، مهاجرت، تصادف و اختلاف خانوادگی شدید

^۶ پره اکلامپسی، خونریزی غیرطبیعی، مرگ جنین، پارگی پیش از موعد پرده های جنینی، دکولمان

حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعه راهنما بر روی ۵۰ نفر و فرمول ضریب همبستگی با ضریب اطمینان $\alpha=0.95$ و توان آزمون $\beta=0.80$ ، با توجه به همبستگی به دست آمده برای متغیرهای موجود در اهداف اختصاصی به طور جداگانه محاسبه و بیشترین حجم نمونه برآورد شده معادل ۷۰۲ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای، خوشه‌ای چند مرحله‌ای متناسب با حجم (سه مرحله‌ای) انجام شد. پس از تقسیم مراکز و پایگاه‌های بهداشتی درمانی پنج منطقه مشهد به دو گروه پرجمعیت و کم جمعیت، با توجه به تفاوت فراوانی مراکز در گروه‌ها، از هر گروه متناسب با تعداد مراکز به صورت تصادفی خوشه‌های مورد نظر انتخاب شد. سپس در مراکز منتخب متناسب با حجم و تعداد مراجعه‌کنندگان، نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد (۵۶۹ نفر از مراکز پرجمعیت و ۲۱۳ نفر از مراکز کم جمعیت). روزهای مراجعه به مراکز نیز تصادفی بود. پس از تأیید کمیته اخلاق و کسب معرفی‌نامه از معاونت بهداشتی استان و ارائه مجوز به ریاست مناطق پنج‌گانه و مراکز منتخب، از بین تمام زنان باردار ۳۹-۳۵ هفته که جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری، انجام یا پیگیری آزمایشات و شرکت در کلاس‌های بارداری مراجعه می‌کردند، بر اساس معیارهای ورود نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. کلیه کدهای اخلاقی مرتبط با پژوهش رعایت شد. ابزار گردآوری داده‌ها، فرم انتخاب واحد پژوهش، پرسشنامه‌های مشخصات فردی و مامایی، باورهای غیرمنطقی جونز و خودکارآمدی زایمان لوئی بود. فرآیند جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که پس از کسب رضایت‌نامه کتبی، فرم انتخاب واحد پژوهش و پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی توسط پژوهشگر، از طریق مصاحبه و اطلاعات ثبت شده در پرونده تکمیل شد. سپس پرسشنامه باورهای غیرمنطقی و خودکارآمدی زایمان توسط واحدهای پژوهش، در حضور پژوهشگر تکمیل شد و در صورت نیاز، ابهامات و سؤالات مادران باردار برطرف می‌گردید. روایی صوری و محتوای فرم انتخاب واحد پژوهش و پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی، توسط ۷ تن از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد تأیید شد. پرسشنامه باورهای

غیر منطقی جونز، از ۱۰۰ عبارت تشکیل شده و دارای ۱۰ مؤلفه است (هر مؤلفه دارای ۱۰ سؤال می‌باشد) که با روش ۵ درجه‌ای لیکرتی (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) تهیه شده است. این ابزار ۱۰ باور غیر منطقی توقع تأیید از دیگران، انتظارات بیش از حد از خود، سرزنش کردن، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال‌گرایی را می‌سنجد. نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده باور غیرمنطقی بالا است. دامنه نمره کل آزمون ۵۰۰-۱۰۰ و برای هر مؤلفه ۵۰-۱۰ است. دوناپوش (۱۳۷۷) روایی آن را به روش صوری و روایی همگرا از طریق همبستگی آزمون جونز با آزمون افسردگی بک با ضریب 0.82 تأیید کرده است (۳۰). جونز پایایی کل آزمون به روش بازآزمایی را برابر 0.92 و برای مؤلفه‌ها بین 0.66 تا 0.80 گزارش کرده است. در ایران تقی‌پور (۱۳۷۷) پایایی آزمون را 0.71 محاسبه کرد (۳۱). در این مطالعه پایایی پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز با استفاده از ضریب همبستگی درون گروهی^۱ برای نمره کل باورهای غیرمنطقی 0.93 و فاصله اطمینان 0.95 - 0.90 و برای مؤلفه‌ها بین 0.53 تا 0.80 تعیین شد. پرسشنامه خودکارآمدی زایمان دارای ۶۲ سؤال است که به منظور اندازه‌گیری باور مادر در قابلیت سازگاری با درد لیبر در دوران بارداری تدوین شده است که در هر سه ماهه بارداری قابل استفاده می‌باشد. این ابزار پیامد قابل انتظار و خودکارآمدی قابل انتظار را در دو قسمت فاز فعال (هر کدام ۱۵ سؤال (شماره ۱-۳۰) و مرحله دوم زایمان (هر کدام ۱۶ سؤال (شماره ۳۱-۶۲) می‌سنجد. نمره‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت ۱۰ تایی "۱= اصلاً مفید نیست/ اصلاً مطمئن نیستم تا ۱۰= خیلی مفید/ کاملاً مطمئنم" می‌باشد. با جمع نمرات خودکارآمدی قابل انتظار دو مرحله (فاز فعال و مرحله دوم)، نمره کل خودکارآمدی قابل انتظار (محدوده نمرات ۳۱۰-۳۱) و با جمع نمرات پیامد قابل انتظار دو مرحله (فاز فعال و مرحله دوم)، نمره کل پیامد قابل انتظار (محدوده نمرات ۳۱۰-۳۱) به دست می‌آید. نمره کل خودکارآمدی زایمان از حاصل جمع نمره کل

¹ Inter-class correlation coefficient (ICC)

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن و خودکارآمدی زایمان مادران باردار مورد پژوهش

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	دامنه نمره کسب شده	دامنه نمره ممکن
باورهای غیرمنطقی	۳۵۷/۷ \pm ۳۴/۸	۲۷۱-۴۹۳	۱۰۰-۵۰۰
توقع تأیید از دیگران	۳۷ \pm ۴/۴۲	۲۳-۵۰	۱۰-۵۰
انتظار بیش از حد از خود	۳۵/۷۶ \pm ۴/۸۰	۲۲-۵۰	۱۰-۵۰
سرزنش کردن	۳۶/۴۴ \pm ۴/۶۴	۲۱-۵۰	۱۰-۵۰
واکنش به ناکامی	۳۴/۹۳ \pm ۴/۸۰	۲۱-۵۰	۱۰-۵۰
بی‌مسئولیتی عاطفی	۳۷/۸۹ \pm ۵/۱۳	۲۰-۵۰	۱۰-۵۰
نگرانی توأم با اضطراب	۳۴/۸۳ \pm ۵/۷۰	۱۸-۵۰	۱۰-۵۰
اجتناب از مشکل	۳۳/۷۲ \pm ۴/۵۹	۲۰-۵۰	۱۰-۵۰
وابستگی	۳۷/۴۹ \pm ۴/۴۸	۲۳-۵۰	۱۰-۵۰
درماندگی برای تغییر	۳۴/۸۴ \pm ۵/۴۰	۱۷-۵۰	۱۰-۵۰
کمال‌گرایی	۳۴/۸۰ \pm ۵/۳۰	۲۱-۵۰	۱۰-۵۰
خودکارآمدی زایمان	۴۳۹/۲۰ \pm ۹۹/۲۰	۱۳۴-۶۲۰	۶۲-۶۲۰
پیامد قابل انتظار	۲۳۳/۳۰ \pm ۴۸/۲۰	۷۳-۳۱۰	۳۱-۳۱۰
خودکارآمدی قابل انتظار	۲۰۵/۹۰ \pm ۵۷/۱۰	۴۴-۳۱۰	۳۱-۳۱۰

مؤلفه‌های وابستگی، واکنش به ناکامی باورهای غیرمنطقی، رابطه خطی مستقیم معنادار و مؤلفه انتظار بیش از حد از خود و باورهای غیرمنطقی، رابطه خطی معکوس معنادار با نمره بعد از خودکارآمدی قابل انتظار زایمان داشتند. مؤلفه‌های واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، وابستگی باورهای غیرمنطقی، رابطه خطی مستقیم معنادار و مؤلفه‌های انتظار بیش از حد از خود و کمال‌گرایی، رابطه خطی معکوس معنادار با نمره بعد از پیامد قابل انتظار زایمان داشتند (جدول ۳).

در هر فرد رابطه باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن با خودکارآمدی زایمان، با استفاده از آزمون همبستگی اسپیرمن سنجیده شد. که بر اساس نتایج آن، نمره کل باورهای غیرمنطقی با خودکارآمدی زایمان و مقیاس‌های آن ارتباط آماری معناداری نداشت ($p > 0/05$). ولی خودکارآمدی زایمان با مؤلفه‌های بی‌مسئولیتی عاطفی ($p = 0/02$, $r = 0/11$) و وابستگی ($p = 0/02$, $r = 0/11$) باورهای غیرمنطقی رابطه خطی مستقیم معنادار و با مؤلفه انتظار بیش از حد از خود باورهای غیرمنطقی ($r = -0/12$) ارتباط خطی معکوس معناداری داشت. ($p = 0/01$)

جدول ۳- ضریب همبستگی بین نمره باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن با نمره خودکارآمدی زایمان و مقیاس‌های آن در مادران باردار مورد پژوهش

متغیر	خودکارآمدی زایمان	خودکارآمدی قابل انتظار	پیامد قابل انتظار
باورهای غیرمنطقی	$r = 0/01$ $p = 0/77$	$r = -0/01$ $p = 0/73$	$r = 0/04$ $p = 0/27$
توقع تأیید از دیگران	$r = 0/007$ $p = 0/84$	$r = -0/01$ $p = 0/80$	$r = 0/03$ $p = 0/42$
انتظار بیش از حد از خود	$r = -0/12^{**}$ $p = 0/01$	$r = -0/14^{**}$ $p < 0/001$	$r = -0/09^*$ $p = 0/01$
سرزنش کردن	$r = 0/02$ $p = 0/65$	$r = 0/00$ $p = 0/99$	$r = 0/04$ $p = 0/30$
واکنش به ناکامی	$r = 0/10^{**}$ $p = 0/007$	$r = 0/09^{**}$ $p = 0/02$	$r = 0/10^{**}$ $p = 0/004$
بی‌مسئولیتی عاطفی	$r = 0/008^{**}$ $p = 0/02$	$r = 0/06$ $p = 0/08$	$r = 0/10^{**}$ $p = 0/005$
نگرانی توأم با اضطراب	$r = -0/05$ $p = 0/19$	$r = -0/05$ $p = 0/19$	$r = -0/04$ $p = 0/26$

$r=0/05$	$r=0/05$	$r=0/05$	اجتناب از مشکل
$p=0/15$	$p=0/21$	$p=0/15$	
$r=0/10^{**}$	$r=0/11^{**}$	$r=0/11^{**}$	وابستگی
$p=0/006$	$p=0/003$	$p=0/002$	
$r=-0/004$	$r=-0/06$	$r=-0/04$	درماندگی برای تغییر
$p=0/91$	$p=0/12$	$p=0/29$	
$r=-0/07^*$	$r=0/02$	$r=0/05$	کمال گرایی
$p=0/04$	$p=0/63$	$p=0/20$	

* سطح معنی داری 0/05، ** سطح معنی داری 0/01

برای پیش بینی تغییر نمره خودکارآمدی زایمان به ازای تغییر نمره مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی از آزمون رگرسیون خطی استفاده شد (جدول ۴). معادله خط همبستگی بر اساس آزمون رگرسیون به شرح زیر می‌باشد:

جدول ۴- نتیجه رگرسیون خطی نمره خودکارآمدی زایمان بر اساس نمره مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی مادران باردار مورد

پژوهش			
متغیر	B	S.E	سطح معنی داری
عدد ثابت	۳۶۷/۳	۲۴۱/۲	<0/001
توقع تأیید از دیگران	0/67	1/0	0/50
انتظار بیش از حد از خود	-5/3	1/7	<0/001
سرزنش کردن	0/70	1/0	0/48
واکنش به ناکامی	1/4	1/0	0/16
بی‌مسئولیتی عاطفی	0/90	0/90	0/04
نگرانی توأم با اضطراب	-1/2	0/95	0/20
اجتناب از مشکل	2/2	1/0	0/06
وابستگی	2/9	1/06	0/006
درماندگی برای تغییر	-1/8	1/0	0/07
کمال گرایی	1/5	0/90	0/08

مؤلفه‌های بی‌مسئولیتی عاطفی، وابستگی و انتظار بیش از حد از خود با خودکارآمدی زایمان ارتباط معناداری داشتند. از نظر هدف کلی، اگرچه مطالعه مشابهی وجود نداشت و امکان مقایسه دقیق نتایج غیرممکن بود، اما نتایج مطالعه حاضر با مطالعه حسینی مقایسه شد. مطالعه جاویدی و همکاران (۲۰۱۰) در ایران که بر روی ۶۰ زن متأهل قربانی خشونت جنسی انجام شد، نشان داد که مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی با خودکارآمدی ارتباط دارد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. با توجه به تفاوت جامعه پژوهش در دو مطالعه و اینکه زنان قربانی خشونت از حمایت خانوادگی کمتری نسبت به زنان باردار برخوردار بودند و استرس درک شده در این

بر اساس نتایج بررسی اثر همزمان متغیرهای مداخله‌گر بر رابطه متغیرهای اصلی پژوهش، از بین متغیرهای مورد بررسی، سن و تحصیلات ارتباط آماری معناداری داشتند ($p < 0/05$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف کلی تعیین ارتباط انواع باورهای غیرمنطقی با خودکارآمدی زایمان در زنان باردار انجام شد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، باورهای غیرمنطقی زنان باردار از میانگین بالایی (۳۵۷/۷) برخوردار بود. نمره کل باورهای غیرمنطقی با خودکارآمدی زایمان و مقیاس‌های آن ارتباط آماری معناداری نداشت، ولی

حمایتی قرار می‌گیرد (۷). سن مادر، سطح سواد مادر، وزن نوزاد، تعداد زایمان، جنس نوزاد متولد شده، توانایی بدنی و قدرت جسمانی زائو، وضعیت اجتماعی - اقتصادی مادر، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، سابقه سقط، سابقه قاعدگی دردناک، سن حاملگی، نوع زایمان و طول مدت مرحله اول و دوم زایمان بر شدت درد تجربه شده توسط مادر مؤثرند (۳۳). از عوامل روانی عمده تأثیرگذار بر درد زایمان می‌توان به اضطراب و ترس مادر از درد زایمان، نگرانی مادر در مورد خود و نوزادش، انتظارات غیرمعمولانه و غیر منطقی مادر در ارتباط با زایمان و درد همراه با آن و عدم احساس آمادگی روانی برای زایمان و مقابله با درد اشاره کرد (۷، ۱۸).

در مطالعه حاضر تفاوت‌های فردی، وضعیت روحی و روانی، محیطی و حتی تفاوت درک واحدهای پژوهش از سؤالات بر نحوه پاسخ‌گویی آن‌ها اثر داشت که کنترل آن‌ها از عهده پژوهشگر خارج بود و صحت اظهارات واحد پژوهش ملاک قرار گرفت. طولانی شدن روند نمونه‌گیری به دلیل حجم بالای نمونه و نبود مطالعه مشابه جهت مقایسه نتایج مطالعه نیز از محدودیت‌های این مطالعه بود. از نتایج این مطالعه می‌توان در خدمات بالینی، آموزشی در راستای افزایش آگاهی پرسنل بهداشتی درمانی و مادران و شناسایی منبع باورهای غیرمنطقی و کنترل تنش‌های ناشی از آن در جهت ارتقاء خودکارآمدی مرتبط با زایمان استفاده کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، باورهای غیرمنطقی زنان باردار و مشکلات بارداری، همچنین اثر آموزش در اصلاح باورهای غیرمنطقی در ارتباط با خودکارآمدی زایمان سنجیده شود.

از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به حجم بالای نمونه و نمونه‌گیری از مراکز پنج‌گانه مشهد اشاره کرد که سعی شد همه طبقات اجتماعی - اقتصادی در مطالعه لحاظ شود. همچنین در این مطالعه از ابزارهای اختصاصی جهت سنجش مقابله با استرس و خودکارآمدی زنان باردار استفاده شد. برای سنجش باورهای غیرمنطقی از پرسشنامه عمومی استفاده شد که از نقاط ضعف مطالعه می‌باشد. بهتر است ابزاری جهت سنجش باورهای

دو گروه متفاوت است، انواع باورهای غیرمنطقی مرتبط با خودکارآمدی متفاوت می‌باشد. ضمن اینکه در مطالعه حسینی از ابزار خودکارآمدی عمومی استفاده شد، ولی در مطالعه حاضر خودکارآمدی زنان باردار نسبت به شرایط خاص زایمان و با ابزار اختصاصی سنجیده شد. خودکارآمدی به داشتن مهارت یا مهارت‌ها مربوط نمی‌شود، بلکه به داشتن باور و توانایی انجام کار در موقعیت‌های مختلف زندگی اشاره دارد. مهارت‌ها می‌توانند به آسانی تحت تأثیر خودشکی یا خودتردیدی قرار گیرند، در نتیجه حتی افراد خیلی مستعد در شرایطی که باورهای ضعیفی نسبت به خود داشته باشند، از توانایی‌های خود استفاده کمتری می‌کنند (۱۲). باورهای غیرمنطقی، باورهایی ناکارآمد هستند که مانع از رسیدن فرد به اهداف شخصی‌شان شده و حول محور خود، دیگران و شرایط محیط می‌چرخند (۲۴، ۲۵). نقش اساسی در تفسیر و معنی دادن به رویدادها بازی می‌کنند و معمولاً با جملاتی مانند (چقدر وحشتناک است، چقدر خطرناک است، غیر قابل تحمل است، غیر قابل تصور است، نمی‌توانم بفهمم، ننگ‌آور است و ...) همراه هستند (۲۷). افراد با باورهای غیرمنطقی نیاز به حمایت و تأیید اشخاصی دارند که آن‌ها را می‌شناسند و یا به آن‌ها علاقه دارند (۲۵). افکار غیرمنطقی می‌تواند باعث کاهش باورهای خودکارآمدی در افراد شود (۲۸). همچنین در مطالعه حاضر، متغیرهای سن و تحصیلات با خودکارآمدی زایمان زنان باردار ارتباط داشتند که با نتایج مطالعه دروموند و همکاران (۱۹۹۷) در استرالیا که بر روی ۱۰۰ زن باردار انجام شد، همخوانی داشت (۳۲) ولی با مطالعه عمیدی و همکاران (۲۰۱۴) و خورسندی و همکاران (۲۰۰۷) که بر روی زنان باردار ایرانی انجام شد و نشان داد خودکارآمدی زایمان با مشخصات فردی ارتباط ندارد، همخوانی نداشت (۶، ۲۰). بررسی‌ها نشان می‌دهد عوامل پیش‌بینی‌کننده تجارب مثبت زایمان شامل: افزایش آگاهی، خودکارآمدی بیشتر مادر و کنترل دلهره می‌باشد (۹). از نظر دیکرید خودباوری، آگاهی و نرسیدن عوامل اساسی در زایمان راحت هستند (۲). نگرش زن از درد زایمان تحت تأثیر عوامل متعددی از قبیل عوامل فیزیکی، روانی، محیطی و

باید به احساسات و مفاهیم ذهنی و شناختی در ارزیابی موفقیت زنان در مقابله با درد زایمان توجه شود.

غیرمنطقی زنان در خصوص بارداری و زایمان تدوین شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پایان‌نامه مامایی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد. بدین‌وسیله از حمایت‌های ایشان و دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و پرسنل مراکز و پایگاه‌های بهداشتی درمانی مشهد، به جهت همکاری بی‌دریغشان تشکر و قدردانی می‌شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه، خودکارآمدی زایمان نشان‌دهنده نگرش و باور زنان باردار در مورد زایمان و مقابله با درد زایمان است و باور افراد نقش مهمی در درک خودکارآمدی دارد و خصوصاً باورهای غیر منطقی انتظار بیش از حد از خود، وابستگی و بی‌مسئولیتی عاطفی می‌تواند خودکارآمدی درک شده زایمان را در زن باردار تغییر دهد. لذا علاوه بر جنبه‌های فیزیکی زایمان،

منابع

1. Kish JA. The developmant of maternal confidene for labour among nulliparous pregnant women. [Doctoral Dissertation]. College Park: University of Maryland; 2003.
2. Khorsandi M, Ghofranipour F, Hydarnya A, Fqyhzhadeh S. Effect of precede proceed model combined with the health belief model and the self- efficacy to increase normal childbirth in noliparouse women. Tehran: Tarbiat Modares University; 2008.
3. Khorsandi M, Ghofranipour F, Hidarnia A, Faghizhadeh S, Vafaei M, Rousta F, et al. Relaxation effect on reducing fear and vaginal delivery in nulliparous women. J Arak Univ Med Sci 2008; 11(3):29-36. (Persian).
4. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. J Psychosom Obstet Gynecol 2000; 21(4):219-24.
5. Kanani S, Allahverdi-pour H. Self-Efficacy of choosing delivery method and labor among pregnant women in Pars-Abad city. J Educ Community Health 2014; 1(2):39-47.
6. Khorsandi M, Ghofranipoor F, Heidarnia A, Faghizhadeh S, Akbarzadeh R, Vafaei M. Perceived self-efficacy study of labor in pregnant women. J Med Council Islamic Repub Iran 2007; 26(1):89-95. (Persian).
7. Hoshmandi S, Dolatian M, Kamalifard M, Ghojzadeh M. Comparison of labor pain and factors affecting the pain perception among primiparous and multiparous women referring to women's private and state hospitals in Tabriz in 2010. Tabriz Univ Med Sci Health Serv 2012; 34(3):117-21.
8. Khorsandi M, Ghofranipour F, Faghizhadeh S, Hidarnia A, Akbarzadeh Bagheban A, AguilarVafaie M. Iranian version of childbirth selfefficacy inventory. J Clin Nurs 2008; 17(21):2846-55.
9. Spiby H, Slade P, Escoff D, Henderson B, Fraser RB. Selected coping strategies in labour: an investigation of women's experiences. Birth 2003; 30(3):189-94.
10. Vasegh Rahimparvar SF, Hamzehkhani M, Geranmayeh M, Rahimi R. Effect of educational software on self-efficacy of pregnant women to cope with labor: a randomized controlled trial. Arch Gynecol Obstet 2012; 286(1):63-70.
11. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive perspective. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
12. Bandura A. Self- efficacy. 4th ed. San Diego: Academic Press; 1998.
13. Strecher VJ, DeVellis BM, Becker MH, Rosenstock IM. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. Health Educ Q 1986; 13(1):73-92.
14. Khorsandi M, Ghofranipour F, Hiadarnia A, Fghizhadeh S. Effects of childbirth education classes on self-efficacy of nulliparous women in coping with labour pain. BLA 2008; 8(5):5-13.
15. Ip W, Chan D, Chien W. Chinese version of the childbirth self efficacy Inventory. J Adv Nurs 2005; 51(6):625-33.
16. Amidimazaheri M, Taheri Z, Khorsandi M, Hasanzadeh A, Amiri M. A Study of the relationship between self-efficacy and outcome expectations with delivery types election among pregnant women in Shahrekord city. Med Daneshvar 2014; 21(111):55-62. (Persian).
17. Salomonsson B. Fear is in the air: midwives' perspectives of fear of childbirth and childbirth self-efficacy and fear of childbirth in nulliparous pregnant women. [Doctoral Dissertation]. Linköping, Sweden: University Electronic Press; 2012.
18. Pirdel M, Kamali Fard M, Bani S, Ghochanzade M. Determinants the factors affecting labor and labor in primiparous and multiparous admitted to hospital in Tabriz. Nurs Midwifery J 2005; 5:37-46.

19. Golmakani N, Asl H, Marzieh B, Sajjadi SA, Pourjavad M. Investigating the factors associated with labor pain and coping behavior. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(24):17-25. (Persian).
20. Amidimazaheri M, Taheri Z, Khorsandi M, Hasanzadeh A, Amiri M. A Study of the relationship between self-efficacy and outcome expectations with delivery types election among pregnant women in Shahrekord city. *Daneshvarmed* 2014; 21(111):55-62. (Persian).
21. Abdullahi B, Abdulrahim E. Empowerment of employee: golden key human resource managment. 2nd ed. Tehran: Virayesh; 2006.
22. Aghmohammadian HR, Zarezade Kheibari S, Horouf Ghanad M, Hokmabadi ME. The relationship between perfectionism sexual function in infertile women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(97):9-17. (Persian).
23. Kouhestani H, Ghanbari-Hashemabadi B, Taji E. Role of irrational beliefs in anticipation of conflict management styles of nonprofit. [Master Thesis]. Mashhad: Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University; 2013.
24. Eliis A, Krafourd T. Intimate relations. Tehran: Rasa; 2006.
25. Aminpoor H, Ahmadzadeh Y. The Study and Comparison of Irrational Beliefs in Addicted and Normal People. *J Res Addict* 2011; 5(17):107-20. (Persian).
26. David D, Lymn S, Ellis A. Rational and irrational beliefs: research, theory and clinical practice. Oxford, USA: Oxford University Press; 2009.
27. Jalali-Tehrani M. Psychotherapy according to Ellis theory. [Master Thesis]. Mashhad: Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University; 1989.
28. Javidi H, Karimianfard M, Hoseini S. The relationship between personality traits and irrational beliefs and self-efficacy in women compared with normal women victims of violence. [Master Thesis]. Marvdasht, Iran: Faculty of Education & Psychology, Islamic Azad University; 2010.
29. Aliakbari-Dehkordy M, Salehi S, Rezaei A. The comparison of the relationship between irrational beliefs and defense styles among cardiac patients and ordinary people. *Health Psychol* 2013; 2(2):19-30. (Persian).
30. Alizade Sahraei O, Khasravi Z. Irrational Beliefs relationship with Positive and Negative Perfectionism students noshahr city. *Sports Psychol Studi* 2009; 6(1):18. (Persian).
31. Aliakbari M, Salehi S, Rezaei A. The comparison of the relationship between irrational beliefs and defense styles among cardiac patients and ordinary people. *Health Psychol* 2013; 2(6):18-32. (Persian).
32. Drummond J, Rickwood D. Childbirth confidence: validating the childbirth self-efficacy inventoryin (CBSEI) in an Austrslian sample. *J Adv Nurs* 1997; 26(3):613-22.
33. Olayemi O, Adeniji RA, Udoh ES, Akinyemi OA, Aimakhu CO, Shoretire KA. Determinants of pain perception in labour among parturients at the University College Hospital, Ibadan. *J Obstet Gynecol* 2005; 25(2):128-30.