



تاثیر آموزش از راه دور بر اضطراب و استرس مادران نسبت به روش زایمان در

مادران نخست زا

فهیمة گنجعلی^۱

دانشجو دکتری مدیریت آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

fahim.ganj@yahoo.com

چکیده

هدف: یکی از برنامه های مناسب به منظور کاهش موارد سزارین انتخابی، آموزش زنان در طول بارداری می باشد البته در این زمینه مطالعات مختلفی وجود دارد، که نشان دهنده تأثیر آموزش در دوران بارداری بر آمادگی برای زایمان بوده است. هدف از این مطالعه، بررسی تأثیر آموزش از راه دور بر اضطراب و استرس مادران باردار از روش زایمان صورت گرفته است.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی همراه با پیش ازمون- پس ازمون گروه آزمایش و کنترل بود. روش نمونه-گیری در دسترس از بین مادران بارداری نخست‌زا بین هفته‌های ۲۲-۳۵، شهرستان دزفول برگزار شد. تعداد ۱۰۰ نفر با دارا بودن معیارهای ورود از بین متقاضیان به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۵۰ نفر) و کنترل (۵۰ نفر) تقسیم شدند. (لازم بذکر است که از ۳ نمونه از گروه آزمایش و ۴ نمونه از گروه گواه از همکاری انصراف دادند) گروه آزمایش، طی ۸ هفته هر هفته یک جلسه، تحت آموزش از راه دور قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون کوواریانس صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات اضطراب ($F=4/29, P=0/05$) و نمرات استرس ($F=4/02, P=0/02$)، نمرات انتخاب روش زایمان ($F=26/14, P=0/001$)، پیش ازمون و پس ازمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که آموزش از راه دور بر اضطراب و استرس مادران نسبت به انتخاب روش زایمان مؤثر است. لذا به‌کارگیری این روش آموزشی، می‌تواند به عنوان یک راهکار مؤثر، به منظور بهبود آگاهی و توانمندسازی آنان در انتخاب روش زایمان بکار گرفته‌شود.

واژه های کلیدی: آموزش از راه دور، اضطراب، استرس، مادران نخست‌زا، روش زایمان

^۱ . دانشجو دکتری مدیریت آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران



اولین همایش بین المللی و سومین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

۱۳ اردیبهشت ۹۶ - دانشگاه تهران

مقدمه:

یکی از دستاوردهای مهم فناوری های جدید اطلاعات تاثیر و کاربرد اینترنت در آموزش، ایجاد آموزش از راه دور^۱ و آموزش و یادگیری الکترونیکی^۲ است (افضل نیا ۱۳۹۲).

آموزش از راه دور به عنوان یک عامل ارتباطی از راه دور تلقی می شود، که فرصت های یادگیری برای هرکس، در هر جا و هر زمانی را مهیا می کند (افضل نیا، ۱۳۹۲).

استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات^۳ در ارائه خدمات بهداشت و درمان به سلامت الکترونیک^۴ اشاره می کند، اتحادیه اروپا^۵ (۲۰۰۳) سلامت الکترونیک را به عنوان استفاده از فناوری اطلاعات مدرن به منظور برآوردن نیازهای شهروندان، بیماران، متخصصان خدمات بهداشت و درمان، ارائه دهندگان خدمات بهداشت و درمان و سیاست گذاران تعریف کرده است.

متخصصین و کارشناسان سعی در استفاده هرچه موثر تر از آموزش الکترونیک بعنوان نوآوری علمی برای بهبود در همه امور دارند، یکی از این حوزه ها که برای انسان از اهمیت بالایی برخوردار است، حوزه بهداشت و امور پزشکی است که اهمیت هرچه بهتر ارائه خدمات در این زمینه بر هیچ کس پوشیده نیست (سازمان بهداشت جهانی^۶، ۱۹۹۷).

نگرانی و استرس^۷ در طی دوران بارداری می تواند پیامدهای بلندمدت برای جنین داشته باشد و تنش درون رحمی موجب نارسایی و زایمان زودرس و بیماری های عروقی در بزرگسالی گردد (شجاعی زاده و همکاران، ۲۰۱۱). سطح بالای اضطراب^۸ مادر در اواخر دوران بارداری با کاهش تکامل ذهنی در ۲ سالگی همراه است (سولچانی^۹ و همکاران، ۲۰۰۳).

اختلالات روانی دوران بارداری بر سلامت جسمی و روانی مادر و همچنین نحوه ارتباط وی با فرزندش در بعد از زایمان تأثیر بسزایی دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸).

درباره اینکه مادر حق انتخاب روش زایمان را دارد، بیان می کند: منظور از انتخاب آگاهانه و آزادانه این است که پزشک متخصص تمام مزایا و معایب هر دو زایمان را به مریض توضیح دهد. در دوران بارداری مادر را با آموزش و دادن اطلاعات توانمند کند تا انتخاب کند (خدا کرمی، ۱۳۹۲).

1 . distance learnin

2 . e-lerning

3 . Information communication technology

4 . e.health

5 . european Union

6 . world health organization

7 . strrss

8 . anxiety

9 . Solchany, J.E.



اولین همایش بین المللی و سومین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

۱۳ اردیبهشت ۹۶ - دانشگاه تهران

در طی این آموزش ها مادر باید بتواند ذهنیت درست از درد زایمان داشته باشد و در زمان زایمان دردهایش را از طریق تمرین های خاصی به طور ارادی کنترل کند (حسن زاده و کیانی آسیا بر ۱۳۹۱).

پس در جهت ایجاد امنیت، آرامش، کاهش ترس و اضطراب ناشی از درد زایمان، افزایش انگیزه مادران نسبت به انجام زایمان طبیعی و زایمان آسان و مطلوب، لازم است آموزش های، آمادگی زایمان برای مادر اجرا گردد (کریمی وهمکاران، ۱۳۹۳).

یکی از اقداماتی که در سال های اخیر وزارت بهداشت و درمان جهت کاهش آمار سزارین انجام داده، ارتقاء آگاهی زنان باردار در مورد روش های ختم بارداری می باشد، این مهم در کم رنگ کردن اثر متغیرهای گوناگون در میزان آگاهی بی تأثیر نیست. از آنجا که شیوع سزارین در هر کشور یکی از شاخص های بررسی عملکرد برنامه های سلامت مادران است، امید است با توجه به نتایج تحقیقات و پیش نهادات ار ایه شده در این خصوص بتوان علاوه بر کاهش شیوع سزارین گامی مؤثر در توسعه و ارتقاء وضعیت بهداشت و سلامت مادران در کشور برداشت (ترک زهرانی ، ۱۳۸۸).

زایمان طبیعی، یک روند فیزیولوژیک و طبیعی است که به صورت شگفت انگیزی دارای مزایای زیادی برای مادر و نوزاد است. در مقابل، روش سزارین خطرات زیادی را برای مادر و نوزاد به همراه دارد (ویلر^۱، کالوری^۲، ۲۰۰۷).

لیفرمن^۳ و ایونسون^۴ (۲۰۰۳) مطالعه ای را بر روی حدود ۹۰۰۰ زن باردار با هدف تعیین پیامدهای ورزش در بارداری و زایمان و وزن زمان تولد نوزاد انجام دادند. یافته ها نشان داد که این زنان به طور آگاهانه زایمان طبیعی را انتخاب کردند زیرا اعتماد به نفس کافی جهت مقابله با درد را در خود احساس می کنند طول زایمان بسیار کوتاه تر و نوزاد کم وزن در آنها بندرت دیده می شد.

پژوهش روبرت^۵ (۲۰۰۷)، که در سال ۲۰۰۶ منتشر شد که به مدت دو سال بطول انجامید در رابطه با آموزش های دوران بارداری بر روی ۲۰۰۰ مادر مورد مطالعه قرار گرفت، وی معتقد است که در این کلاس ها مادر شیوه حل مساله را می آموزد و با زایمان بعنوان یک مساله قابل حل بر خورد می کند.

با وجود علاقه شدید زن برای باردار شدن، در زایمان نخست، ناگهان خود را در برابر مخاطرات ناشناخته بارداری، درد زایمان و جریان زایمان می بینند و بروز واکنش های متناقض خوشی و انزجار در آنها بصورت توأم شایع است (بذرافشان و قربانی، ۲۰۱۰).

تأثیر آموزش های دوران بارداری را چنین توجیه می کنند که برای ورود به یک محیط نا آشنا و ترسناک وجود یک همراه آشنا و مورد اعتماد و آگاهی قبلی نسبت به محیط مورد نظر ضروری است مطابق این نظریه آموزش به مادران موجب ایجاد

¹. Villar, J.

². Carroli, G.

³. Leiferman, J.

⁴. Evenson, K.

⁵. Roberts, G.



اولین همایش بین المللی و سومین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

۱۳ اردیبهشت ۹۶ - دانشگاه تهران

نگرش مثبت در آنها نسبت به زایمان و پرسنل زایمانی شده اعتماد به نفس و اطمینان آنها را افزایش می دهد. هم چنین آنها با آگاهی قبلی به چگونگی و طول مدت درد ها و فراگیری تکنیک ها و شیوه های مختلف خود را ملزم می دانند که در اداره این دوره به طور فعال شرکت نمایند (یانگ و س^۱، ۲۰۰۶).

برقراری کلاس های آموزشی برای آگاه کردن مادران از روند یک زایمان طبیعی و سالم، تهیه مطالب آموزشی شامل فیلم، بروشور و کتابچه های آموزشی در مورد تسهیل زایمان و آگاه کردن خانواده ها و به ویژه زنان در این خصوص، حمایت روانی و فیزیکی مادر و احترام به باورها و خواسته های او در طول دردهای زایمانی و زایمان و همراهی مادر توسط یکی از اطرافیان، موارد آموزشی، می تواند به عنوان یک بعد حمایتی برای مادران باردار باشد. سطح آگاهی مادر یکی از فاکتورهای مهم در تعیین نوع نگرش شناخته شده است، به طوریکه با افزایش سطح آگاهی، نگرش مثبت نسبت به روش های ختم بارداری افزایش یافته است (برگشتورم^۲ و کایلر^۳، ۲۰۱۴).

با وجود پیشرفت های علمی در زمینه مشکلات جسمی دوران بارداری، مشکلات روانی نیز مبحثی مهم در بهداشت زنان باردار به شمار می آید. بارداری، اغلب سبب شادمانی چشمگیر والدین می شود. اما برخی مطالعات نشان داده است که تجربه بارداری در زندگی زنان، نوعی بحران روحی بوجود می آورد و در برخی از زنان، سبب اضطراب، افسردگی و استرس می گردد. وحشت و اضطراب از طرف دیگر، حالات ناپایداری را در زن باردار ایجاد می کند. به طوری که این دوران، می تواند به حدی استرس زا باشد که بیماری های روانی را برانگیزاند (جنتی و همکاران، ۲۰۰۵).

نگرانی و استرس در طی دوران بارداری نسبت به نوع زایمان می تواند پیامدهای بلندمدت برای جنین داشته باشد و تنش درون رحمی موجب نارسی و زایمان زودرس و بیماری های عروقی در بزرگسالی گردد (شجاعی زاده و همکاران، ۲۰۱۱).

نتایج مطالعات نشان داد سطح اضطراب و مشکلات بالینی دوران بارداری، می تواند باعث کاهش سلامت روانی و جسمی نوزاد شود (پاناماکی^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). اضطراب و نگرانی، یک مکانیزم طبیعی برای مقابله با نگرانی ذهنی مادر درباره بچه دار شدن می باشد که از یک طرف می تواند مادر را برای بارداری و تغییرات همراه آن آماده سازد و از طرف دیگر، می تواند شکل بیماری به خود گرفته و چنان شدت یابد که بهداشت روانی مادر باردار را تحت تأثیر قرار دهد (مک فارلند^۵، ۲۰۱۱).

مطالعات نشان داد استرس و اضطراب می تواند با پیامدهای منفی از جمله زایمان زودرس مرتبط باشد. همچنین استرس دوران بارداری یکی از معیارهای مهم تأثیرگذار در رشد حرکتی و مغزی نوزادان می باشد و می تواند ریسک فاکتوری برای سایر مشکل های رشدی نوزاد باشد (لرنر^۶، ۲۰۰۹).

1. Youngs, J.
2. Bergström, M.
3. Kieler, H.
4. Punamaki, R L .
5. McFarland, J
6. Lerner, H.



اولین همایش بین المللی و سومین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

۱۳ اردیبهشت ۹۶ - دانشگاه تهران

آموزش جهت افزایش آگاهی و بهبود سلامت روان مادر باردار (کاهش استرس و اضطراب)، در او تمایل و انگیزه بیشتری به اعمال رفتارهای بهداشتی در طی بارداری مانند ترک سیگار و الکل، تغذیه مناسب، ورزش، ادامه مراقبت های بارداری، تمایل به شناخت جنین و شرکت در کلاس های آمادگی برای روش زایمان، افزایش میزان تغذیه نوزاد با شیر مادر ایجاد می گردد، که تمامی این رفتارها منجر به پیامد رضایت بخش بارداری و ارتقای سلامت مادر و نوزاد می شود (لیندرن^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعات دیگر نیز نشان دادند که آموزش مراقبت های دوران بارداری، خصوصاً در جمعیت ها و زیرگروه های پرخطر مادران باردار، باعث کاهش بروز خطرات زایمانی و مسائل متعاقب آن می شود (لیبوس و سیبل^۲، ۲۰۰۸).

به نظر می رسد در نظر گرفتن عواملی مؤثر بر تصمیم مادران در انتخاب نوع زایمان ضروری می باشد. در این راستا، آموزش مهارت های لازم در خصوص انتخاب روش زایمان مناسب برای زنان باردار و همسرانشان مورد تأکید قرار گرفته است (یزدی زاده و همکاران ۱۳۹۱؛ شریفی راد و همکاران، ۱۳۹۳).

آموزش الکترونیکی و از راه دور وقتی صورت می گیرد که یاد دهنده و یادگیرنده با فاصله فیزیکی مواجه اند و از یکدیگر دورند و ارتباط آنها با استفاده از فناوری مختلف مانند چاپ، تلفن، رادیو، تلویزیون، رایانه و اینترنت صورت می گیرد. امید است با برگزاری این آموزش ها مشکلاتی که مادران در مراقبت از خود و نوزاد، اضطراب و استرس ناشی از زایمان را که با آن مواجه هستند، مرتفع نماید تا تصمیم درست و منطقی برای روش زایمان بگیرند. و اینکه تاکنون آموزش ها به روش حضوری در کلاس مورد بررسی قرار گرفته است و امکان شرکت در کلاس ها برای همگان مقدور نمی باشد، از طرفی با وجود جایگاه آموزش مجازی و فناوری های علمی و نتایج موثر آن، این تحقیق در صدد آن است که به تأثیر آموزش از راه دور بر اضطراب و استرس مادران از روش زایمان بپردازد.

ملاک ورود نمونه ها در پژوهش شامل: ۱. بارداری نخست ۲. عدم بیماری یا مشکل تهدید کننده سلامت مادر و جنین مانند: بیماری قلبی شدید، فشارخون مزمن، نارسایی دهانه رحم، دیابت و یا دیابت بارداری ۳. عدم ابتلا به اختلالات حاد یا مزمن روحی روانی ۴. رضایت شرکت در پژوهش ۵. گروه مداخله قبلاً آموزش ندیده باشند.

ملاک های خروج نمونه ها در پژوهش شامل: ۱. عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات آموزش ۲. ابتلا به اختلال روانپزشکی شدید که نیاز به درمان فوری داشته باشد ۳. استفاده از داروهای روانگردان یا مواد مخدر ۴. شرکت در کلاس های آموزش بارداری.

^۱. Lindren, K

^۲. Libbus MK, Sable MR.





ابزارهای اندازه گیری مورد استفاده در این پژوهش شامل :

ابزارهای پژوهش

ابزارهای اندازه گیری مورد استفاده در این پژوهش، ابزارهایی هستند که به منظور اندازه گیری متغیرهای وابسته، مورد استفاده قرار گرفته اند که شامل پرسشنامه های سلامت روان، روش زایمان، اضطراب و استرس هستند.

پرسشنامه سلامت روانی گلدبرگ: برای سنجش سلامت روانی از فرم کوتاه مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ^۱ (۱۹۷۲) استفاده شده است که سوالات آن مشتمل بر ۲۸ سؤال و در برگیرنده ی چهار خرده مقیاس شکایت جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناکرآمدی اجتماعی می باشد. ضریب اعتبار این مقیاس ۰/۶۷ الی ۰/۷۶ و پایایی تنصیف ۰/۸۳ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۵ و ضریب همبستگی آن با پرسشنامه فراشناخت ۲=۰/۴۶ گزارش شده است (p<۰/۰۱)، (تقوی، ۱۳۸۰).

پرسشنامه پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر: این پرسشنامه شامل دو مقیاس مجزا ولی وابسته به هم است که بر اساس خودگزارش دهی تنظیم می گردد و از ۴۰ ماده تشکیل شده است، که ۲۰ ماده آن اضطراب حالت و ۲۰ ماده دیگر اضطراب حالت را می سنجد. روایی و پایایی آن توسط شریفی و همکاران (۱۳۸۳) مشخص شده است. این پرسشنامه در ایران هنجاریابی شده است (اشپیل برگر و همکاران، ۱۹۸۳). ضریب آلفای کرونباخ برای این آزمون ۰/۹۰ محاسبه شده است. در پژوهشی که توسط رحمتی علایی به نقل از معصومی انجام شد، جهت سنجش روایی مقیاس از روش روایی محتوایی و برای تعیین پایایی آن از آزمون مجدد استفاده شد. میزان پایایی آن ۹۰٪ گزارش شد (دهداری و همکاران، ۲۰۰۶).

پرسشنامه استاندارد استرس ادراک شده: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران ساخته شده است. مقیاس استرس ادراک شده، شامل ۱۴ عبارت بود که میزان افکار و احساسات افراد را در طول ماه گذشته بررسی می کرد. در این تحقیق از نسخه ۱۴ ماده ای آن استفاده شد. روایی محتوایی این پرسشنامه ها توسط ۱۰ تن از استادان صاحب نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد، تأیید شد. این پرسشنامه توسط امین یزدی (۱۳۷۷) پورسید (۱۳۹۰) طی پژوهشی این مقیاس را طبق ضریب آلفای کرونباخ پایایی پرسشنامه مطلوب گزارش شده است. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۸۴ درصد تا ۸۶ درصد در دو گروه از دانشجویان بدست آمده است. در مطالعه هایی که، توسط قربانی و همکاران صورت گرفت آلفای کرونباخ در جامعه آمریکا ۰/۸۶ و در نمونه ایرانی ۰/۸۱ محاسبه گردید (قربانی و همکاران، ۲۰۰۲). پایایی نسخه فارسی توسط باستانی و همکاران با روش همسانی درونی محاسبه شده است که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ دست آمده است (قربانی و همکاران، ۲۰۰۲).

².Goldberg





اولین همایش بین المللی و سومین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

۱۳ اردیبهشت ۹۶ - دانشگاه تهران

پرسشنامه آگاهی (تعیین روش زایمان): پرسشنامه محقق ساخته، چک لیست حاوی اطلاعات دموگرافیک، مشخصات فردی ۱۲ گویه و شاخص های سنجش آگاهی ۲۶ سوال می باشد. نحوه نمره گذاری بر حسب کدبندی گزینه ها بین صفر تا دو انجام می شوند. نمره بندی، سوالات ۱ تا ۱۲ و ۲۳، ۲۶، ۲۵، ۲۴، ۲۲ چند گزینه ایی (پاسخ درست = ۲ نمره، بدون پاسخ و پاسخ غلط = صفر امتیاز)، سوالات ۱۷، ۱۹ و ۱۸ توضیحی، پاسخ صحیح ۲ نمره، ناقص ۱، بدون پاسخ و غلط صفر نمره، سوالات ۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۱۶ پاسخ درست ۲ نمره، نمی دانم ۱، و غلط صفر نمره، سوالات ۲۰، ۲۱ که بسته به دلیل درست روش انتخاب، نمره گذاری می شوند بین صفر (انتخاب نادرست) و ۲ (انتخاب درست). ۲۴- ۲۰ آگاهی خوب، ۱۴-۱۰ آگاهی متوسط، زیر ۱۰ آگاهی ضعیف تعلق گرفت.

روایی آزمون توسط سه نفر خبره به اضافه محقق تایید شده است. روش محاسبه قابلیت پایایی استفاده از فرمول کرونباخ است. این روش برای محاسبه هماهنگی درونی ابزار اندازه گیری از جمله پرسشنامه ها یا آزمون هایی که خصیصه های مختلف را اندازه گیری می کند بکار می رود. در پایلوت اجرا شده بین ۳۰ نفر از زنان باردار، به صورت تصادفی ضریب آلفای کرونباخ همبستگی بین سوالات همگن در شاخص آگاهی ۸۱٪ که نشان دهنده همسانی درونی مناسب برای آزمون، بدست آمده است.

روش اجرای پژوهش

تحقیق حاضر طرح شبه آزمایشی^۱ از نوع پیش آزمون^۲ - پس آزمون^۳ با گروه کنترل بود. در پژوهش حاضر جامعه مورد مطالعه، شامل زنان باردار نخست زا، بین هفته های ۲۲-۳۵ شهرستان دزفول در سال ۱۳۹۴، ابتدا بعد از کنترل دفترچه بهداشتی از نظر سلامت جسمی و ملاک ورود، وارد مرحله بعد شدند. سپس پژوهشگر ضمن ارائه توضیحات لازم و اهداف پژوهش از مادران خواست تا افرادی که تمایل به همکاری دارند، ثبت نام کنند، از بین افراد ثبت نام شده، آزمون سلامت روان گرفته شد. ۱۰۰ نمونه جهت مطالعه پس از احراز شرایط پژوهش، به صورت تصادفی به دو گروه ۵۰ نفری تقسیم شدند و سپس آزمودنی ها، پرسشنامه های مربوطه را تکمیل کردند، آنگاه ۵۰ نفر گروه آزمایش وارد طرح آموزش شدند. نمونه گیری بر اساس در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۵۰ نفری آزمایشی و گروه ۵۰ نفری گواه قرار گرفتند. آموزش در ۶ هفته، ۸ جلسه آموزش محتوای جلسات آموزش طبق در جدول ۱ ارائه شده است. با استفاده از کتاب آموزشی همراه با دی وی دی فیلم آموزشی (امامی افشار و همکاران، ۱۳۹۴) به هر نفر کتاب داده شد، وبلاگ شخصی^۴ - که جهت آموزش ها طراحی شده، نرم افزار گوشی همراه نی نی بان، سی دی حاوی کلیپ و انیمیشن زایمان، معرفی سایت شامل: بانک جامع فیلم سلامت^۵، سامانه ملی آموزش الکترونیک سلامت^۶ و سایت کتابخانه همراه سلامت^۷، وب سایت شامل: نی نی سایت^۸، ماما سایت^۹ و افرادی که به اینترنت دسترسی نداشتند مطالب وبلاگ روی سی دی کپی شده، تحت آموزش قرار گرفتند. با تاکید به اینکه جلسات را با

1. quasi experimental

2. Pre- test

3. Post- Test

4. fgmidvif.persianblog.ir

5. health film bank

6. salamat.ulc.ir

7. bualisina.net

8. ninisite.com

9. mamasite.ir



اولین همایش بین المللی و سومین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

۱۳ اردیبهشت ۹۶ - دانشگاه تهران

گروه پیش بروند، و برای اطمینان از مطالعه هر جلسه پایان زمان هر جلسه قبل از شروع جلسه بعدی از طریق واتس آپ، و افرادی که به اینترنت دسترسی نداشتند با اس ام اس، پرسش پاسخ برگزار گردید. طول مدت آموزش ارتباط فقط از طریق تلفن همراه و ایمیل در فضای مجازی بود.

در این مدت گروه گواه برنامه مداخله را دریافت نکردند و مراقبت های روتین مرکز بهداشت را دریافت می کردند. آنگاه از دو گروه پس آزمون گرفته شد. لازم بذکر است که در طول دوره آموزش و پس آزمون ۷ نفر انصراف دادند (از نمونه های گروه تحت آموزش ۴ نفر، و از گروه کنترل ۳ نفر) از ادامه همکاری انصراف دادند.

با توجه به در نظر گرفتن نرمال بودن توزیع نمره ها و همگنی واریانس ها، از روش تحلیل کواریانس استفاده شد و داده ها با کمک نرم افزار SPSS 19 مورد تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱- خلاصه دستورالعمل اجرایی جلسات آموزش طبق برنامه مصوب وزارتخانه

جلسه	عنوان
اول	توضیحات در مورد زایمان فیزیولوژیک، تغییرات آناتومیک و فیزیولوژیک، شکایات شایع، تشویق به انجام تمرین های کششی، تنفس و تن آرامی
دوم	تغذیه دوران بارداری، درد زایمان و آشنایی با روش های مختلف کاهش درد زایمان، نمایش فیلم روش های کاهش درد، تشویق به انجام تمرین های کششی، تنفسی و تن آرامی
سوم	• بهداشت روانی، تغذیه دوران بارداری، رشد و تکامل جنین، آموزش همسران، تشویق به انجام تمرین های کششی، تنفسی و تن آرامی
چهارم	• مرور بر شکایات های شایع و تغییرات آناتومی و فیزیولوژیک، اهمیت مراقبت های بارداری، علایم خطر و بهداشت فردی، تشویق به انجام تمرین های کششی، تنفسی و تن آرامی
پنجم	• تغذیه دوران بارداری، درد زایمان و آشنایی با روش های مختلف کاهش درد زایمان، نمایش فیلم روش های کاهش درد، تشویق به انجام تمرین های کششی، تنفسی و تن آرامی
ششم	• اهمیت زایمان طبیعی و مروری بر روش های کاهش درد و مراحل زایمانی، نقش همراه، برنامه ریزی برای زایمان، تشویق به انجام تمرین های کششی، تنفسی و تن آرامی
هفتم	• علایم خطر بارداری، مراقبت پس از زایمان و علائم خطر چس از زایمان، آموزش شیردهی، تشویق به انجام تمرین های کششی، تنفس و تن آرامی
هشتم	• مروری بر برنامه ریزی زایمان، تنظیم خانواده، آموزش به همسران، مراقبت از نوزاد و علایم خطر نوزاد، تشویق به انجام تمرین های کششی، تنفس و تن آرامی.

اجرای پس آزمون در پایان جلسات

اولین همایش بین المللی و سومین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

۱۳ اردیبهشت ۹۶ - دانشگاه تهران

یافته ها

در این پژوهش اثربخشی آموزش از راه دور بر اضطراب و استرس مادران باردار نخست زای مورد بررسی قرار گرفت. تعداد ۱۰۰ مادران باردار نخست زای (۵۰ گروه آزمایش و ۵۰ گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفتند که درصد فراوانی مشخصات دموگرافیک مادران باردار نخست زای، در جدول ۲ ارائه می شود.

جدول ۲ توزیع فراوانی و درصد فراوانی مادران باردار نخست زای بر حسب مشخصات دموگرافیک

آزمایش (n=۵۰)		گواه (n= ۵۰)		شاخص	
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	اطلاعات دموگرافیک	
۱۴	۷	۲۰	۱۰	زیر ۲۰ سال	سن
۴۶	۲۳	۴۰	۲۰	بین ۲۰ تا ۲۵ سال	
۳۰	۱۵	۲۸	۱۴	بین ۲۶ تا ۳۰ سال	
۱۰	۵	۱۲	۶	بین ۳۱ تا ۳۵ سال	
۶	۳	۴	۲	زیر دیپلم	تحصیلات
۳۲	۱۶	۶۰	۳۰	دیپلم	
۵۲	۲۶	۲۸	۱۴	کاردانی-کارشناسی	
۱۰	۵	۹۸	۴	ارشد-دکتری	
۹۴	۴۷	۹۲	۴۶	بله	دسترسی به گوشی هوشمند(نصب نرم افزار)
۶	۳	۸	۴	خیر	
۹۲	۴۶	۹۴	۴۷	بله	دسترسی به اینترنت
۸	۴	۶	۳	خیر	
۳۶	۱۸	۳۰	۱۵	شاغل(کارمند- آزاد)	اشتغال
۶۴	۳۲	۷۰	۳۵	خانه دار	

اولین همایش بین المللی و سومین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

۱۳ اردیبهشت ۹۶ - دانشگاه تهران

داده های جمعیت شناختی مربوط به گروه نمونه شامل تعداد افراد در سن، اشتغال، وضعیت تحصیلی و دسترسی به گوشی هوشمند در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۳ میزان میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه های اضطراب و استرس را به تفکیک گروه و آزمون ها ارائه می دهد.

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه های اضطراب و استرس در ۲ مرحله ارزیابی مادران باردار نخست زا

آزمایش (n=50)		کنترل (n=50)		مؤلفه
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	
۹۴/۸۹±۹/۰۸	۹۹/۲۱±۸/۳۲	۹۱/۹۲±۱۸/۸۵	۹۲/۹۲±۱۷/۲۰	اضطراب
۳۵/۹۶±۳/۶۸	۴۰/۷۳±۳/۹۰	۳۸/۰۰±۹/۴۱	۳۷/۸۳±۹/۳۷	استرس

مقایسه گروه های مورد مطالعه با توجه به جدول ۳ نشان می دهد که نمرات میانگین پیش آزمون گروه آزمایش از نمرات میانگین گروه کنترل در مؤلفه های اضطراب (۹۹/۲۱±۸/۳۲) و نیز در مورد متغیر استرس (۴۰/۷۳±۳/۹۰) بالاتر است. در مرحله پس آزمون همان طوری که در جدول بالا مشاهده می شود، نمرات گروه آزمایش در مؤلفه های اضطراب و استرس تفاوت معنادار داشته است. اما در گروه کنترل نمرات پیش آزمون، پس آزمون تفاوت چندانی با هم ندارند.

جدول ۴ نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس در دو گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه ها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
اضطراب	۲۲,۹۰	۱	۷۳	۰,۰۰
استرس	۱,۱۶	۱	۸۹	۱,۲۸

نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس ها در جدول بالا ارائه شده است. همان طور که مشاهده می شود، پیش فرض لوین در دو متغیر وابسته تأیید می گردد. پس از حصول اطمینان از برقراری مفروضه ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد. بررسی نتایج جدول ۴ نشان می دهد سطح معناداری بدست آمده بزرگتر از ۰/۰۵ است، پس پیش فرض همگنی واریانس ها تأیید می گردد. در این مرحله به منظور تعیین اینکه در کدام یک از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل وجود دارد، از آزمون مذکور استفاده شد. نتایج حاصله در جدول ۵ ارائه شده است.



اولین همایش بین المللی و سومین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

۱۳ اردیبهشت ۹۶ - دانشگاه تهران

جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کواریانس جهت ارزیابی تفاوت گروه های آزمایش و کنترل (پس آزمون) به تفکیک متغیرهای اضطراب و استرس

متغیر های وابسته	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	سطح معنی داری
اضطراب	۱۶۷/۱۰	۱	۱۶۷/۱۰	۴/۲۹	۰/۰۵
استرس	۴۷۷۲/۹۴	۲	۲۳۸۶/۴۷	۴/۰۲	۰/۰۲

بر اساس نتایج حاصل از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، آموزش از راه دور بر اضطراب ($F=4/29, P<0/05$) و استرس ($F=4/02, P<0/02$)، نتایج جدول ۵ نشان می دهد که در پس آزمون، متغیر های اضطراب و استرس گروه های کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۶- میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه روش زایمان در ۲ مرحله ارزیابی مادران باردار نخست زا

مؤلفه	گواه (n=46)		آزمایش (n=47)	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
روش زایمان	۲۵/۲۲±۴/۷۱	۲۶/۹۲±۴/۴۸	۲۶/۷۴±۵/۴۴	۳۱/۲۲±۵/۳۱

مقایسه گروه های مورد مطالعه با توجه به جدول ۳ نشان می دهد که نمرات میانگین پس آزمون گروه آزمایش از نمرات میانگین پس آزمون گروه گواه در مؤلفه روش زایمان ($۲۶/۷۴±۵/۴$) بالاتر است. در مرحله پس آزمون همان طوری که در جدول ۶ مشاهده می شود، نمرات گروه آزمایش در مؤلفه روش زایمان افزایش داشته است. اما در گروه گواه نمرات پیش آزمون، پس آزمون تفاوت چندانی با هم ندارند.

جدول ۷- نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس در دو گروه آزمایش و گواه

مؤلفه ها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
روش زایمان	۰/۰۱	۱	۲۸	۰/۹۷

نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس ها در جدول بالا ارائه شده است. همان طور که مشاهده می شود، پیش فرض لوین در دو متغیر وابسته تأیید می گردد. پس از حصول اطمینان از برقراری مفروضه ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. بررسی نتایج جدول ۷ نشان می دهد سطح معناداری بدست آمده بزرگتر از ۰/۰۵ است. پس پیش فرض همگنی واریانس ها تأیید می گردد. در این مرحله به منظور تعیین اینکه در کدام یک از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد، از آزمون مذکور استفاده شد.



اولین همایش بین المللی و سومین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

۱۳ اردیبهشت ۹۶ - دانشگاه تهران

یافته های جانبی

آموزش از راه دور در بارداری بر انتخاب نوع زایمان تاثیر دارد. به منظور بررسی تاثیر آموزش از راه دور بر انتخاب نوع زایمان مادران، پس از ویرایش های لازم بر روی گویه های متغیر مربوطه از آزمون تی گروه های مستقل استفاده شده است، نتایج بدست آمده به شرح زیر توضیح داده می شود.

جدول ۸- جدول نتایج آزمون تی گروه های مستقل نوع زایمان

سطح معناداری	درجه آزادی	آماره t	تعداد	میانگین	گویه	
0/42	98	0/79	48	54/1	طبیعی	پیش آزمون
			52	46/1	سزارین	
0/00	98	3/17	59	63/1	طبیعی	پس آزمون
			41	32/1	سزارین	

بررسی نتایج آزمون تی گروه های مستقل جدول ۸ حاکی از آن است که در نمره پیش آزمون نوع زایمان (t=0/79) اختلاف معناداری میان میانگین نمرات دو گروه آزمایش و گواه در سطح معناداری 0/05 وجود ندارد، این در حالی است که در نمره پس آزمون نوع زایمان (t=3/17) اختلاف معناداری میان میانگین نمرات دو گروه آزمایش و گواه در سطح معناداری 0/05 وجود دارد، هم چنین با توجه به میانگین ها به این نتیجه می رسیم که مادران پس از آموزش از راه دور بیشتر تمایل به زایمان طبیعی نشان داده اند.

بنابراین می توان گفت که میزان اضطراب گروه تحت آموزش از راه دور پس از مداخله در مقایسه با گروه گواه به طور معنادار بهبود یافته است و همین طور میزان استرس و اضطراب گروه تحت آموزش از راه دور پس از مداخله در مقایسه با گروه گواه به طور معنادار کاهش یافته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش از راه دور بر اضطراب و استرس زنان باردار نسبت به روش زایمان اجرا گردید. نتایج، نشان داد آموزش از راه دور به طور معناداری باعث کاهش نمرات اضطراب و استرس مادران از روش زایمان و موجب انتخاب روش زایمان بصورت طبیعی شد.



اولین همایش بین‌المللی و سومین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی

۱۳ اردیبهشت ۹۶ - دانشگاه تهران

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش‌های از راه دور دوران بارداری بر اضطراب و استرس مادران نسبت به روش زایمان اجرا گردید. نتایج نشان داد که آموزش‌های از راه دور انجام شده در گروه آزمایش توانسته است اضطراب و استرس آن‌ها را کاهش دهد. در حالی که نمرات گروه گواه بدون تغییر همراه بود و همچنین نتایج نشان داد که اختلاف معناداری میان میانگین نمرات دو گروه آزمایش و گواه وجود دارد، و تفاضل میانگین نمرات اضطراب و استرس مادران از زایمان در پیش‌آزمون - پس‌آزمون در بین گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنی‌داری دارد.

بدین معنی که آموزش از راه دور در کاهش علائم اضطراب مادران از روش زایمان مؤثر بوده است. این یافته با پژوهش (فیروز بخت و همکاران، ۱۳۹۱؛ طغیانی و همکاران، ۱۳۸۶؛ مهدی زاده و همکاران، ۱۳۸۹؛ سیستو و هامسماکی^۱، ۲۰۰۷؛ دیویس^۲، ۲۰۰۷) همسو است.

تاثیر مثبت آموزش‌های دوران بارداری را چنین توجیه می‌کند که برای ورود به یک محیط ناآشنا و ترسناک، داشتن آگاهی قبلی ضروری است. مطابق این نظریه آموزش به مادران موجب ایجاد نگرش مثبت در آنان نسبت به زایمان و پرسنل زایمانی شده و اعتماد به نفس و اطمینان آنها را افزایش می‌دهد. این مادران در مقایسه با گروه کنترل، ترس و اضطراب کمتری داشته و خود را ملزم می‌دانند که در اداره زایمان به‌طور فعال شرکت کنند (روبرت، ۲۰۰۷؛ لیفرمن و ایونسون، ۲۰۰۳؛ یانگ وس، ۲۰۰۶؛ سیستو و هامسماکی، ۲۰۰۷؛ یانگ وس، ۲۰۰۶). در مطالعه‌ای تاثیر مثبت شیوه‌های روانشناختی مانند تن آرامی و تمرینات کشش و تمرینات مربوط به تنفس را در کاهش اضطراب زایمان گزارش شده است (دیویس، ۲۰۰۷). در این مطالعه آمده است که آموزش کافی و صحیح موجب افزایش میزان آگاهی مادر شده و او را قادر می‌سازد تا در زمینه مسائل و مشکلات بارداری از راهبردهای صحیح حل مسأله بهره‌گیرد.

همچنین نتایج نشان داد آموزش‌های از راه دور دوران بارداری بر استرس مادران از روش زایمان تاثیر مثبت دارد. نتایج نشان داد که اختلاف معناداری میان میانگین نمرات دو گروه آزمایش و گواه وجود دارد، و تفاضل میانگین نمرات استرس مادران از روش زایمان در پیش‌آزمون - پس‌آزمون در بین گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنی‌داری دارد. بدین معنی که آموزش از راه دور در کاهش استرس مادران از زایمان مؤثر بوده است. این یافته با پژوهش (فیروزبخت و همکاران، ۱۳۹۱؛ شجاعی زاده و همکاران، ۱۳۹۰؛ تقدسی و نژاد صادقی، ۱۳۹۰؛ هاوس^۳، ۲۰۱۳؛ شریفی راد و همکاران، ۱۳۹۳) همسو است.

بر اساس نتایج تحقیق آموزش‌های از راه دور بر آگاهی مادران از روش زایمان تاثیر مثبت دارد. آموزش از راه دور موجب افزایش آگاهی مادران از زایمان خواهد شد. نتایج نشان می‌دهد که اختلاف معناداری میان میانگین نمرات دو گروه آزمایش و گواه وجود دارد، و تفاضل میانگین نمرات مادران از انتخاب روش زایمان در پیش‌آزمون - پس‌آزمون

¹. Saisto, T., Halmesmaki, E

². Davis, E

³. House, SH.



اولین همایش بین المللی و سومین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

۱۳ اردیبهشت ۹۶ - دانشگاه تهران

در بین گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنی داری دارد. این موضوع نشان از اثربخشی معنادار قابل توجه آموزش از راه دور در رابطه با افزایش آگاهی دارد. یافته های این پژوهش همسو با نتایج پژوهشگران پیشین (امامی افشاری، ۱۳۹۱؛ لیبوس و همکاران، ۲۰۱۱) می باشد. نتایج یافته ها نشان داد که افزایش آگاهی و مهارت کوتاه مدت در طی بارداری مادران باعث افزایش اعتماد به نفس آنها، دانش و تصمیم گیری های بعدی در مورد زایمان شان می شود که در بلند مدت، باعث کاهش عوارض ناشی از تولد نوزاد کم وزن می شود (آریزر و همکاران، ۲۰۱۱).

متأسفانه در کنار کلاس های آمادگی قبل از زایمان جای آموزش های مربوط به سلامت روان زنان باردار خالی است و از آنجا که سلامت روانی مادران باردار به همان اندازه سلامت جسمانی آنها مهم است و حتی می تواند آن را تحت تأثیر قرار دهد و با توجه به عوارض نامطلوب و خطرناکی که اضطراب و استرس می تواند برای یک زن باردار و جنین یا نوزادش ایجاد کند، دادن اطلاعات کافی و درست توسط یک منبع قابل اعتماد در مورد تأثیر اضطراب و استرس بر سلامت مادر و جنین و پیامد بارداری می تواند سبب اقدام به موقع جهت برطرف نمودن استرس و پیشگیری از عوارض خطرناک آن گردد و بدین ترتیب گامی در جهت افزایش سلامت مادران و نوزادان و در نتیجه سلامت خانواده و جامعه خواهد بود (شجاعی زاده و همکاران، ۱۳۹۰).

هزینه بالا، کمبود زمان و دسترسی مشکل به نمونه ها و داده های خود گزارش دهی است که منجر به عدم توجه به رفتارهای تاثیرگذار می باشد. همچنین، پیشنهاد می شود از طراحی وب سایت رسمی قابل دسترس و منابع علمی و به روز زیر نظر اداره سلامت مادران، طراحی تلفن گویا برای پاسخ به سوالات مادران در طی آموزش و آموزش پرسنل مامایی برای در مراکز بهداشت برای پاسخ گویی به مادران استفاده شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه مادران باردار که در این پژوهش شرکت کرده اند تشکر و قدردانی می شود.

منابع:

- ۱- افضل نیا، م.ر. (۱۳۹۲). طراحی آشنایی با مراکز مواد و منابع یادگیری. انتشارات سمت، تهران
- ۲- اکبرزاده، م. (۱۳۹۱). بهداشت روان در بارداری و زایمان. حیدری. تهران
- ۳- امامی افشار، ن. ترک زهرانی.ش، جلیلودندپ، حجازی.س، خداکرمی.ن، و همکاران. (۱۳۹۴). آموزش های دوران بارداری و آمادگی برای زایمان. چاپ هفتم، تهران، پژواک آرمان.
- ۴- امامی افشار، ن. جعفری، ن. جلیلودندپ و همکاران (۱۳۹۰). راهنمای کشوری انجام زایمان طبیعی و ارائه روشهای دارویی و غیر دارویی کاهش درد زایمان مخصوص ماما و پزشک. مراکز درمانی دولتی. تهران، آروپج.
- ۵- امین یزدی، س. (۱۳۷۷). بررسی رابطه سبک اسنادی با استرس ادراک شده. گزارش نهایی طرح پژوهشی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- ۶- پورسید، م. (۱۳۹۰). پایان نامه پایان نامه رابطه ی مستقیم و غیر مستقیم استرس ادراک شده، کمال گرایی و حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی و عملکرد تحصیلی در دانشجویان مقطع علوم پایه رشته پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز.
- ۷- تقوی، س.م. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. مجله روانشناسی، ۵ (۴)، ۳۸۱-۳۹۸.
- ۸- حسن زاده، س. کیانی آسیاب، آ (۱۳۹۱). چگونه بارداری و زایمان را ایمن کنیم. دانشگاه شاهد، تهران.
- ۹- خداکرمی، ن. (۱۳۹۲). چرا آمار سزارین در ایران بالاست. سایت خبر آنلاین- خبرگزاری تحلیلی ایران به تاریخ ۲۲ مرداد ۱۳۹۴. قابل دسترس از <http://www.khabaranlin>
- ۱۰- صادقی، ن. عزیزی، ش، ملایی نژاد.م (۱۳۹۱). اضطراب مادران در سه ماهه سوم بارداری، مجله زنان مامایی و نازایی ایران. ۴ آبان ۱۳۹۳، دوره ۱۷، ش ۱۲۲. ص ۸-۱۵.
- ۱۱- طغیانی، ر. رضانی، م. ایزدی، م. شهیدی، ش. (۱۳۸۶). تاثیر آموزش گروهی مراقبت دوران بارداری بر آگاهی. نگرش و عملکرد مادران باردار. ۲، ۷، ۳۱۷-۳۲۴.
- ۱۲- عباسی، ع. نصیری، ع. ر. (۱۳۹۲). ارتقاء سلامت روان در بارداری. تهران، روحین مهر
- ۱۳- فیروزبخت، م. نیکپور، م. اسدی، ش. (۱۳۹۲). بررسی تاثیر کلاس های آموزش دوران بارداری بر روند زایمان. فصلنامه نسیم تندرستی، شماره ۱، دوره دوم، ص ۴۵-۵۲.
- ۱۴- کریمی، الف. کبیریان، م. پورشیرازی، م. (۱۳۹۳). بارداری و زایمان ایمن: راهنمای مراقبت های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان. تهران، پرستاران جوان.
- ۱۵- مهدی زاده، ا.روستا، ف. کمالی، ز. خوشگو، ن. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر کلاس های آمادگی دوران بارداری بر سلامت مادر و نوزاد. مجله علوم پزشکی رازی، ۱۰، ۳۵، ۴۵۵-۴۶۱

14- Bazrafshan, MR., Ghorbani, Z. (2010). The Effect of Slow Stroke Back Massages on Anxiety among Primigravid Women. *The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery*; 16(1): 34-40. [In Persian].

- 16- Bergström, M., Kieler, H., Waldenström, U. (2014). 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 multicentre trial. *BJOG*. 116(9): 1167-76.
- 17- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 24(4).pp: 385-96.
- 18- Davis, E. (2007). *Heart and Hands; A midwife's guide to pregnancy and birth*. 4th ed. Toronto: Celestial Arts Press, 105-138.
- 19- House, SH. (2013). Epigenetics in adaptive evolution and development: The interplay between evolving species and epigenetic mechanisms. *Handbook of Epigenetics*. P 425-45.
- 20- Jannati, Y., Khaki, N. (2005). *Psychiatric in Midwifery*. Tehran: Jame Negar Pub. p. 122-124. (Persian).
- 21- Leiferman J, Evenson K.(2003). The effect of regular leisure physical activity on birth out comes. *Journal of Maternal and child Health* ,17: 59-64.
- 22- Lerner, H. (2009). *Tips for Coping With Stress During Pregnancy, How to Gain Control of Your Life* [Online].
- 23- Lindren, K. (2010). Relationships among Maternal Fetal Attachment, Prenatal Depression and Health Practices in Pregnancy. *Res Nurs Health*. 24(3): 203-217
- 24- McFarland, J., Salisbury, AL., Battle, CL., Hawes, K., Halloran, K., Lester, BM. (2011). Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Arch Womens Ment Health*. 14(5): 425-34.
- 25- Phelan AL, DiBenedetto MR, Paul IM, Zhu J, Kjerulff KH. (2015). 1Department of Public Health Sciences, College of Medicine, Penn State University, 90 Hope Drive, Hershey, PA, 17033, USA.
- 26-
- 27- Punamaki, R L., Repokari, L., Vilska, S., Poikkeus, P. (2006). Maternal mental health and medical predictors of infant developmental and health problems from pregnancy to one year: does former infertility- matter, 29(2), 230 -42.
- 28- Saisto, T., Halmesmaki, E (2007). Fear of childbirth can be treated and cesarean section on maternal request Avoided. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 86(9): 1148-9.
- 29- Shojaezadeh, D., Mehrabbaic, A., Mahmoodi, M., Salehi, L. (2011). To evaluate of efficacy of education based on health belief model on knowledge, attitude and practice among women with low socioeconomic status regarding osteoporosis prevention. *Iranian Journal of Epidemiology*. 7(2): 30-7.
- 30- Solchany, JE. (2003). *Promoting maternal mental health during pregnancy. Theory, practice & intervention*. Washington: NCASTAVENUW Publication Seattle.

- 31- Siasto, T., Salmela, K., Nurmi, J., Halmesmaki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *Br J Obstet Gynecol*, 108, 492-8.
- 32- Roberts, G. (2007). Try hypnosis instead of an epidural. *Obstetric interventions and Childbirth Journal*; 8(4): 34-37.
- 33- Robertson, E. (2004). Antenatal Risk Factors for postpartum depression. *Gen Hosp psychiatry*; 26 (4): 289-95.
- 34- Taghdisi, M H., NejadSadeghi, E. (2011). Evaluation of pregnant women in the field of Urinary Tract Infection according to the components of Health Belief Model. *Journal of Jahrom Medical School*. 8(4): 36-42. [In Persian].
- 35- Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *Lancet* 335(7628): 1025.
- 36- World Health Organization. (2008). Report Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Geneva WHO. 39p
- ۱۷ 37- WHO group consultation on health telematics (1998). A Health Telematics Policy in Support of WHO's Health-For-All Strategy for Global Development Report of the WHO Group Consultation on Health : Telematics 11-16 December, Geneva, 1997: World Health Organization; 1998. A health telematics policy in support of WHO's health- for- all strategy for global health development. Geneva: World Health Organization; 1998. Available from: http://europa.eu.int/information_society/europe/ehealth/conference/2003/doc/min_dec_22_may_03.pdf
- 38- Yazdizadeh, B., Nedjat, S., Mohammad, K., Rashidian, A., Changizi, N., Majdzadeh, R. (2012). Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 11, 159.

اولین همایش بین‌المللی و سومین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی

۱۳ اردیبهشت ۹۶ - دانشگاه تهران