

گزارش نهایی

عنوان پروژه

ارتقای مهارت های آموزشی و مشاوره ی متخصصان زایمان جهت تسهیل
تصمیم گیری و انتخاب روش مناسب زایمان در زنان باردار

**Strengthened capacity of childbirth workers in counseling and
education of pregnant women and facilitate decision making process
to make a choice of appropriate delivery method**

WHO- MOHME

Project ID: EMIRA1611528

۱۳۹۷

به نام خداوند جان و خرد

مشخصات مسئول و همکاران طرح:

نام و نام خانوادگی	مسئولیت در طرح	تخصص	آخرین مقطع تحصیلی	رتبه علمی
۱ پریسا امیری	مجری	آموزش بهداشت	دکتری	دانشیار پژوهش
۲ محمود طاووسی	همکار اصلی	آموزش بهداشت	دکتری	دانشیار پژوهش
۳ نجمه حمزوی زرقانی	همکار	آموزش بهداشت	کارشناس ارشد	-
۴ مریم شفیع خانی	همکار	روانشناسی بالینی	کارشناس ارشد	-
۵ فاطمه سروری	همکار	روانشناسی بالینی	کارشناس ارشد	-
۶ سمیه شالچی	همکار	آموزش بهداشت	کارشناس ارشد	-

قدردانی:

بر خود لازم می دانیم از ارشادات استاد محترم سرکار خانم دکتر ژیلا صدیقی در بررسی محتوای آموزشی تدوین شده برای کلاس های آمادگی بارداری کمال تشکر بعمل آوریم.

مطالعه ی حاضر با پشتیبانی سازمان بهداشت جهانی انجام شده است، از حمایت و همفکری جناب آقای دکتر رحیم تقی زاده در پیشبرد این مطالعه قدردانی می نماییم.

همچنین از حمایت و راهنمایی اساتید و همکاران محترم اداره ی سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، خانم دکتر فرحناز ترکستانی، جناب آقای دکتر محمد اسلامی، خانم شهرزاد والا فر، خانم لیلا هادی پور و خانم دکتر عابدینی سپاسگزاری می نماییم.

فهرست مطالب

۱. بیان مساله و دلایل انتخاب موضوع.....	۷
۲. مواد و روش ها.....	۱۰
۱-۲. هدف کلی:.....	۱۰
۲-۲. سوالات تحقیق:.....	۱۰
۳-۲. اهداف اختصاصی:.....	۱۰
۴-۲. دستاوردهای طرح حاضر:.....	۱۱
۵-۲. روش اجرای مطالعه.....	۱۲
۱-۵-۲. مرحله ی اول: ارزیابی موقعیت و نیازها.....	۱۲
۲-۵-۲. مرحله ی دوم: تدوین برنامه ی آموزشی.....	۱۴
۳-۵-۲. مرحله ی سوم: طراحی و اجرای یک کارگاه آزمایشی برای آموزش دهندگان.....	۱۵
۳. یافته ها.....	۱۶
۱-۳. یافته های مرحله ی اول:.....	۱۶
۲-۳. یافته های مرحله ی دوم:.....	۲۲
۳-۳. یافته های مرحله ی سوم.....	۲۸
۱-۳-۳. مفهوم اول: عوامل زمینه ساز سزارین انتخابی در ایران.....	۲۸
۲-۳-۳. مفهوم دوم: راهکارهای ارائه شده.....	۲۹
۳-۳-۳. پیشنهادات.....	۳۰
پیوست یکم: نتایج تفصیلی جستجوی مقالات.....	۳۲
پیوست دوم: محتوای کارگاه های آموزشی متخصصان زایمان.....	۶۹
پیوست سوم: برنامه ی کارگاه آموزشی.....	۱۷۲
منابع:.....	۱۷۴

فهرست جداول

نمودار ۱. فرآیند انتخاب مقالات مرور نظام مند	۱۶
جدول ۱. طبقات و زیر طبقات تبیین شده در خصوص تعیین کننده های سزارین انتخابی در زنان ایرانی	۱۷
نمودار ۲. چارچوب مفهومی اولیه فرآیند انتخاب سزارین در زنان ایرانی	۱۹
شکل ۱. الگوی مفهومی درک ناکارآمدی در خصوص زایمان طبیعی و عوامل موثر بر آن در مادران باردار ایرانی	۲۱
جدول ۱. تعیین کننده های نوع زایمان در زنان ایرانی بر اساس مطالعات انجام شده در ایران	۳۳
جدول ۲. تعیین کننده های نوع زایمان بر اساس مطالعات انجام شده در دیگر کشورهای جهان	۴۳
جدول ۳. مداخلات انجام شده برای افزایش زایمان ایمن و کاهش سزارین انتخابی	۵۰

۱. بیان مساله و دلایل انتخاب موضوع

بارداری رویدادی مهم در زندگی مادر باردار و تحت تاثیر عوامل جسمانی، عاطفی و اجتماعی متعددی است [۱]. "زایمان" یکی از مهمترین دغدغه های مادران باردار در طول دوران بارداری است که شخص آنان نقش مهمی در فرآیند آن ایفاء می نمایند. شواهد موجود حاکی از آمار بالای سزارین در بسیاری از کشورهای جهان از جمله ایران است که سهم قابل توجهی از آنها بدون دلیل پزشکی و تنها به درخواست مادران باردار صورت می گیرد [۲-۵]. اگر چه عوامل متعددی در شکل گیری این پدیده نقش دارند، شناخت ناکافی مادران باردار و خانواده های آنان از فرآیند زایمان و عدم برخورداری از مهارت های ضروری برای مواجهه با این پدیده را می توان از جمله مهمترین عوامل زمینه ساز کاهش تمایل مادران باردار برای زایمان طبیعی دانست [۶]. از این رو طی دهه های گذشته در بسیاری از کشورهای دنیا آموزش و توانمندسازی مادران باردار به منظور ارتقای سطح دانش و مهارت های آنان در زمینه ی بارداری و زایمان از مهمترین راهبردهای ترویج زایمان طبیعی و کنترل سزارین انتخابی بوده است. با این پیش فرض که زنان باردار با دریافت آموزش های مربوط به زایمان می توانند آمادگی روحی و روانی بیشتری جهت گذراندن مراحل زایمان به دست آورند و چنانچه این آموزش ها با وضعیت فرهنگی- اجتماعی و اقتصادی آنان منطبق باشد می تواند از شیوع سزارین های انتخابی بکاهد [۷، ۸].

در این رابطه رویکرد و روش های متعددی جهت آموزش و توانمندسازی مادران در خصوص بارداری و زایمان معرفی شده است؛ از اولین و شناخته شده ترین آنها می توان به دو روش آموزشی "لمیز" و بردلی^۲ اشاره نمود. همچنین "انجمن بین المللی مدرسان بارداری و زایمان"^۳ کشور آمریکا را می توان از جمله نهادهای پیشرو در زمینه ی توانمندسازی آموزشگران این حوزه دانست. طی دهه های اخیر نیز شاهد رویکرد نوین آموزش بارداری و زایمان هستیم که مخاطبان زیادی را جلب نموده است؛ از جمله زایمان هیپنوتیزی^۴، زایمان از درون^۵ و برنامه ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۶ (MBSR). به طور کلی در روش های ذکر شده، بر زایمان طبیعی و آموزش آن، حمایت خانواده و

¹ Lamaze

² Bradley

³ International Childbirth Educators Association

⁴ HypnoBirthing

⁵ Birthing from Within

⁶ Mindfulness Childbirth

به ویژه همسر، به کارگیری روش ها و فنون آرام سازی و تنفسی و اصول روانشناختی تاکید شده است [۹]. در کشور ما نتایج حاصل از مطالعه ی جامع صورت گرفته توسط رضائی و همکاران بر روی گروه های مختلف مردمی، سازمانی و سیاسی، ۱۹ راهبرد برای کاهش میزان سزارین انتخابی پیشنهاد می کند که می توان آن ها را در سه طبقه ی ذیل جای داد [۷]:

✓ اطلاع رسانی عمومی واقع بینانه درمورد نتایج سزارین جهت توانمندسازی مادران برای تصمیم

گیری مناسب در خصوص نوع زایمان

✓ توانمندسازی ماماها و متخصصان زنان و زایمان برای مدیریت و رسیدگی به یک زایمان طبیعی ایمن

✓ ترویج استانداردها و مقررات توسعه یافته جهت فراهم کردن مراقبت های با کیفیت پزشکی.

بر این اساس توانمندسازی مادران باردار در جهت اتخاذ تصمیم مناسب به همراه توانمندسازی تیم پزشکی اعم از متخصصان زنان و زایمان و ماماها از جمله مهمترین راهبردهای کاهش سزارین انتخابی در ایران محسوب شده و از جمله ارکان برنامه ی ترویج زایمان طبیعی (PNC)^۷ است که از سال ۱۳۹۳ و در چارچوب طرح تحول نظام سلامت، به عنوان یکی از دستورالعمل های ارتقای سلامت همگانی و با هدف کنترل مؤثر میزان سزارین انتخابی در ایران اجرا گردیده است. از دیگر راهبردهای این برنامه می توان به رایگان بودن زایمان طبیعی در تمام بیمارستان های دولتی، بهبود زیر ساخت های فیزیکی بخش زایمان جهت افزایش حریم خصوصی مادر، آمادگی تسهیلات و استانداردها برای ترویج و بهبود روشهای زایمان نظیر زایمان در آب برای کاهش درد و تسهیل فرآیند زایمان و تشویقات مالی برای ارائه دهندگان زایمان طبیعی در بیمارستان های دولتی جهت تشویق آنان به پیشگیری از زایمان سزارین انتخابی غیرضروری اشاره نمود [۱۰]. نتایج ارزشیابی های اولیه در کشور ما حاکی از موفقیت برنامه ی ترویج زایمان طبیعی است بطوری که بر اساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۵، در فاصله ی ۱۵ ماه بعد از برپایی این برنامه، فراوانی سزارین انتخابی حدود ۱۰٪ کاهش داشته است و پیش بینی ها برای دستیابی به دیگر اهداف برنامه طی ۱۰-۵ سال آینده امیدوار کننده است [۱۰]. علاوه بر این، نتایج تحقیقات صورت گرفته در راستای کاهش سزارین انتخابی در ایران نشان می دهند که در مقایسه با برنامه های آموزشی رایج و یا صرفا دانش محور، مداخلاتی که از چارچوب نظری مناسبی

⁷ Promotion of natural childbirth

برخوردار بوده و بر بهبود مهارت های مادران باردار جهت پذیرش و سازگاری با فرآیند زایمان طبیعی تمرکز داشته اند در دستیابی به اهداف خود موفق تر می نمایند [۱۴-۱۱، ۲].

برگزاری برنامه های آموزشی موثر با هدف تسهیل یادگیری و ارتقای خودکارآمدی مادران باردار و همچنین جلب مشارکت خانواده های آنان نیازمند آموزش دهندگان (تسهیل گران) توانمند است. اگر چه این امر در حوزه ی وظایف تمامی ارکان حوزه ی سلامت است اما نقش و مسئولیت متخصصان زایمان، در انجام این مهم انکار ناپذیر است. شواهد موجود در جهان و ایران حاکی از نقش بی بدیل متخصصان زایمان به ویژه ماماها در تسهیل فرایند بارداری و زایمان است. انتقال دانش و مهارت های مناسب به مادران باردار به همراه حمایت عاطفی از آنان توسط متخصصان زایمان نه تنها زمینه های بارداری ایمن و سالم را برای مادر و جنین فراهم می آورد بلکه می تواند منجر به کاهش میزان سزارین انتخابی شود [۱۷-۱۳، ۱۵]. از این رو ارتقای توانمندی متخصصان زایمان جهت تعامل موثر با مادران باردار و انتقال دانش روزآمد و کاربردی را می توان پیش نیازی مهم برای ترویج زایمان طبیعی قلمداد نمود که بدون شناخت دقیق از فرآیند تصمیم گیری مادران باردار در خصوص نوع زایمان و عوامل موثر بر آن امکان پذیر نیست. آموزش و تسهیل یادگیری مادران باردار در حوزه ی آموزش بزرگسالان قرار دارد. بدین معنا که افراد بزرگسال تمایلی به پشت میزنشینی و یادگیری انفعالی ندارند بلکه آنان می خواهند موقعیت های یادگیری را خودشان خلق کنند و در امر یادگیری سهیم باشند [۱۵]. لذا شناخت عوامل موثر بر فرآیند تصمیم گیری مادران باردار ایرانی در خصوص نوع زایمان و همچنین مهارت های ارتباطی و آموزشی پایه جهت تاثیرگذاری بر فرآیند شناختی مذکور به منظور تسهیل خودکارآمدی آنان در مواجهه با پدیده ی زایمان و انتخاب روش زایمان مناسب امری اجتناب ناپذیر است. مطالعه ی حاضر با هدف بررسی و ارتقای مهارت های ارتباطی و آموزشی مورد نیاز مدرسان "کلاس های آمادگی بارداری" جهت آموزش موثر محتوای آموزشی تدوین شده و تسهیل ارتقای خودکارآمدی مادران باردار برای انتخاب روش زایمان مناسب و کاهش سزارین انتخابی انجام شد.

۲. مواد و روش ها

۲-۱. هدف کلی:

ارتقای مهارت های آموزشی و مشاوره ای مدرسان کارگاه های کشوری "آمادگی بارداری و زایمان" جهت ارتقای خودکارآمدی و تسهیل انتخاب روش مناسب زایمان در زنان باردار

۲-۲. سوالات تحقیق:

- فراوانی انجام سزارین انتخابی در ایران و دیگر کشورهای جهان چقدر است؟ این میزان تا چه حد با معیارهای مورد قبول سازمان بهداشت جهانی فاصله دارد؟
- تعیین کننده های اصلی سزارین انتخابی در ایران و دیگر نقاط جهان کدامند؟
- فرآیند تصمیم گیری مادران باردار ایرانی برای انتخاب نوع زایمان با توجه به تعیین کننده های آن چه ویژگی هایی دارد؟ آیا می توان بر اساس اطلاعات موجود در کشور ما الگوی فرضی برای آن پیشنهاد نمود؟
- با توجه به تعیین کننده های انتخاب نوع زایمان و الگوی پیشنهادی برای فرآیند تصمیم گیری مادران، محتوای کلاس های آمادگی بارداری تا چه حد با شرایط موجود تطابق داشته و پاسخگوی نیازهای آموزشی مادران باردار است؟
- مهارت های آموزشی و مشاوره ای مدرسان کارگاه های کشوری "آمادگی بارداری و زایمان" جهت ارتقای خودکارآمدی و تسهیل انتخاب روش مناسب زایمان در زنان باردار کدامند؟

۲-۳. اهداف اختصاصی:

۱. بررسی وضعیت موجود طی مراحل ذیل:
 - جستجو و بررسی دقیق اطلاعات موجود در زمینه ی وضعیت سزارین انتخابی و تعیین کننده های آن در ایران و جهان
 - بررسی و تحلیل مداخلات معتبر و برنامه های آموزشی شناخته شده مرتبط در ایران و جهان
 - بررسی برنامه، اهداف و محتوای آموزشی تدوین شده برای توانمندسازی مادران باردار جهت انتخاب نوع زایمان مناسب

- بررسی میزان تطابق برنامه ی آموزشی رایج با تعیین کننده های سزارین انتخابی و نیازهای آموزشی مادران باردار جهت ارتقاء توانمندی آنان برای تصمیم گیری روش مناسب زایمان

۲. بررسی، تعیین و تشریح مهارت های آموزشی پایه برای مدرسان کلاس های آمادگی زایمان به منظور ارتقای روش های آموزش و تسهیل دستیابی به اهداف کلاس های مذکور

۳. تدوین برنامه و طرح درس تفصیلی **کارگاه های آموزشی توانمندسازی مدرسان** در خصوص آشنایی و به کارگیری روش های آموزشی موثر در "کلاس های آمادگی بارداری" و تسهیل ارتقای توانمندی مادران در دستیابی به اهداف کلاس های مذکور

۴. ارزشیابی برنامه ی تدوین شده در قالب برگزاری یک دوره کارگاه آموزشی و انجام اصلاحات احتمالی بر اساس بازخورد شرکت کنندگان

۴-۲. دستاوردهای طرح حاضر:

۱. تدوین برنامه ی آموزشی و طرح درس تفصیلی کارگاه های توانمندسازی مدرسان کشوری "کلاس های آمادگی بارداری" در زمینه ی به کارگیری روش های آموزش و تعامل موثر با مادران باردار و تسهیل ارتقای خودکارآمدی آنان برای زایمان طبیعی

۲. تدوین دستورالعمل آموزشی برای آموزش دهندگان (اعضای منتخب دانشگاه های علوم پزشکی کشور) به مدرسان کلاس های آمادگی بارداری کشوری

۳. ارائه ی برنامه ی آموزشی نهایی شده پس از برگزاری یک کارگاه آزمایشی و لحاظ نظرات و پیشنهادات کارشناسان محترم اداره ی سلامت مادران و همچنین مدرسان مدعو

۲-۵. روش اجرای مطالعه

۲-۵-۱. مرحله ی اول: ارزیابی موقعیت و نیازها

به منظور طراحی برنامه ی توانمندسازی مدرسان کشوری کلاس های آمادگی بارداری، ابتدا به بررسی دقیق اهداف کلاس های مذکور پرداخته شد. بر اساس شواهد موجود هدف از آموزش مادران باردار علاوه بر افزایش دانش و مهارت های آنان جهت برخورداری از بارداری ایمن، کاهش میزان سزارین انتخابی است که این هر دو را می توان از جمله راهبردهای ارتقای سلامت و کیفیت زندگی مادران و کودکان و همچنین برخورداری از نرخ رشد جمعیت مناسب در ایران دانست. از آنجایی که زایمان در کشور ما امری نسبتاً انتخابی محسوب می شود لذا نقش مادر باردار در بسیاری از موارد محوری است؛ از این رو شناسایی مهمترین عوامل موثر بر فرآیند تصمیم گیری مادران باردار نه تنها برای توانمندسازی آنان جهت اتخاذ مناسب ترین تصمیم ضرورتی انکارناپذیر محسوب می شود بلکه پیش نیاز برنامه هایی است که توانمندسازی آموزش دهندگان کلاس های آمادگی بارداری را در ایفای هر چه موثرتر نقش خود مورد هدف قرار داده است؛ لذا جهت شناسایی نیاز های آموزشی مدرسان کلاس های آمادگی زایمان طی یک مرور نظام مند به بررسی شواهد موجود در خصوص عوامل موثر بر انتخاب نوع زایمان در مادران باردار ایرانی پرداخته شد. در این رابطه مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر نیز مورد بررسی قرار گرفت. در پایان به منظور بهره گیری از تجارب و یافته های مداخلات صورت گرفته جهت کاهش میزان سزارین انتخابی در ایران و جهان بررسی شد. در یک جمع بندی کلی مرحله ی اول مطالعه به شرح ذیل صورت پذیرفت:

ارتقای سلامت و کیفیت زندگی مادران و کودکان

افزایش نرخ رشد جمعیت

(راهبرد: کاهش میزان سزارین انتخابی)



توانمندسازی مادران برای بارداری و زایمان طبیعی

(راهکار: ارتقای خودکارآمدی مادران برای انتخاب زایمان طبیعی)



توانمندسازی آموزش دهندگان

(رویکرد: تسهیل انتخاب روش مناسب زایمان در زنان باردار)

برای پاسخ به سوالات تحقیق، بررسی جامع و کامل از مقالات منتشر شده تا ژانویه ۲۰۱۷ در پایگاه های اطلاعاتی Scopus، MEDLINE، Web of Science و Google Scholar جهت شناخت تعیین کننده های انتخاب نوع زایمان در مادران باردار و همچنین بررسی مداخلات آموزشی انجام شده با هدف کاهش میزان زایمان سزارین در ایران و دیگر کشورهای جهان، انجام شد که نتایج آن در جدول ۱-۴ خلاصه شده است. کلیدواژه های مورد استفاده به شرح ذیل بودند:

"Delivery Mode" OR "Delivery Type" OR "Birth Mode" OR "Delivery choice" OR "Delivery preferences" OR "Child birth preference" OR "Mode of birth" OR "Mode of delivery" OR "Type of delivery" OR "Vaginal delivery" OR Cesarean and Determinants OR Correlates

عنوان، چکیده، مقالات مرتبط و منابع آنها توسط تیم تحقیق مرور شده و مطالعاتی که معیارهای قابل قبول را داشتند شناسایی شدند. عناوین تکراری به صورت دستی حذف شدند. مقالات واجد شرایط بازخوانی کامل شده و موارد نهایی مشخص شد (نمودار ۱). سپس یک کاربرگ استخراج اطلاعات طراحی شده و جزئیات مطالعه (اهداف مطالعه، سال، کشور، نوع مطالعه، مداخلات و نتایج) در آن وارد شد. با توجه به این که تمرکز اصلی این مطالعه ی مروری، شناسایی تعیین کننده های نوع زایمان بود، استخراج اطلاعات جداگانه انجام شد و با مطالعاتی که تعیین کننده های مرتبط در ایران و دیگر کشورها را بررسی می کرد شروع و با مطالعاتی که اثر مداخلات بر تصمیم گیری مادران باردار و کاهش میزان سزارین انتخابی را گزارش می کرد دنبال شد (جدول شماره ی ۱-۳ پیوست یکم).

پس از استخراج تعیین کننده های نوع زایمان در مطالعات انجام شده در ایران، محققان به تبیین چارچوب مفهومی اولیه در خصوص فرآیند انتخاب زایمان در مادران باردار ایرانی پرداختند. تا حد ممکن، عوامل موثر و فرآیند انتخاب نوع زایمان در ایران با اطلاعات مشابه در دیگر کشورهای جهان مقایسه شد. شایان ذکر است این بخش از تحقیق بر اساس شواهد کمی و کیفی به دست آمده از کشور ما و دیگر کشورهای جهان صورت گرفت. در این مرحله، به یافته های موجود از کشورهایی که از نظر فرهنگی و منطقه ای به ایران شباهت بیشتری داشتند از جمله ترکیه و چین توجه ویژه گردید. در بخش بعدی مداخلات آموزشی صورت گرفته در ایران، کشورهای خاورمیانه و دیگر کشورهای غربی و همچنین برنامه های آموزشی شناخته شده در زمینه ی ارتقای آمادگی مادران باردار برای زایمان که عمدتاً از سوی

کشورهای غربی معرفی شده اند، بررسی شد. نتایج این بررسی با هدف ارزیابی میزان تطابق برنامه های مذکور با فرآیند انتخاب نوع زایمان و نیازهای آموزشی مادران باردار ایرانی مورد بحث و بررسی قرار گرفت. در آخرین گام از مرحله ی "ارزیابی موقعیت و شرایط موجود" نیازهای آموزشی و روش های مناسب آموزش (آموزش و ارتقای سلامت، روش های ارتباطی) در راستای توانمندسازی مادران باردار و انتخاب روش مناسب زایمان تعیین و تدوین شد.

۲-۵-۲. مرحله ی دوم: تدوین برنامه ی آموزشی

پس از شناسایی نیازهای آموزشی مدرسان در زمینه ی آموزش و مشاوره و تدوین اهداف آموزشی مربوطه، محتوای آموزشی ارتقای مهارت های آموزشی و مشاوره ی مدرسان کلاس های آمادگی بارداری و زایمان تدوین شد. شایان ذکر است، محتوای موضوعی کلاس های آمادگی بارداری و زایمان توسط همکاران و کارشناسان محترم اداره ی سلامت مادران تهیه شده و در زمان شروع تحقیق حاضر به عنوان منبع مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کلاس ها مورد استفاده قرار می گرفت. دوره های ۶۰ ساعته بازآموزی برای مدرسان نیز با هدف تسلط بر محتوای موضوعی مذکور طراحی شده و بر اساس تحلیلی که از سوی تیم تحقیق حاضر، صورت گرفت عمدتاً بر ارتقای دانش و مهارت های مدرسان در زمینه ی آنچه باید آموزش داده شود (محتوای موضوعی) متمرکز بوده و کمتر به چگونگی آموزش دادن (روش آموزش و مشاوره) پرداخته شده است. لذا طبق توافق صورت گرفته با کارشناسان محترم اداره سلامت مادران، مبنی بر این پیش فرض که نیازهای محتوایی مادران باردار در دوران بارداری و زایمان در محتوای تهیه شده لحاظ شده است؛ محققان به تبیین فرآیند تصمیم گیری مادران باردار در خصوص نوع زایمان و مهمترین عوامل تعیین کننده ی آن پرداختند که پیش نیاز توانمندسازی مدرسان برای ارائه ی آموزش موثر است. در این مرحله از مطالعه، بر اساس نتایج حاصل از مرحله ی اول مطالعه ی حاضر و چارچوب مفهومی تبیین شده در خصوص فرآیند انتخاب نوع زایمان در مادران باردار ایرانی (مستخرج از شواهد موجود در مطالعات ایران) نیازهای آموزشی مادران باردار مشخص گردید و سپس اهداف و محتوای آموزشی کلاس های ارتقای مهارت های آموزشی و مشاوره مدرسان کلاس های آمادگی بارداری تدوین شد (پیوست دوم).

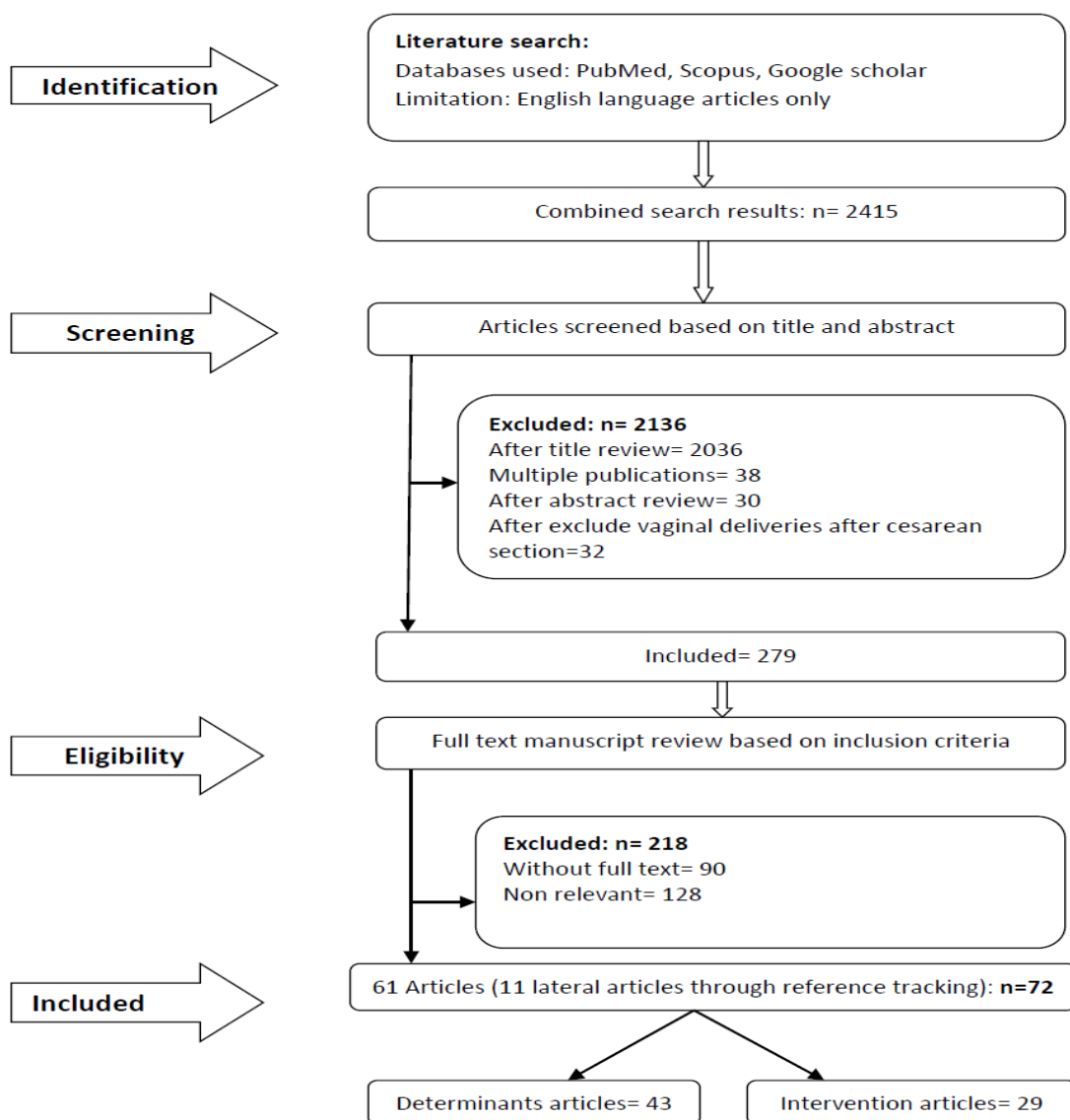
۲-۵-۳. مرحله ی سوم: طراحی و اجرای یک کارگاه آزمایشی برای آموزش دهندگان

در آخرین مرحله از مطالعه ی حاضر، محتوای آموزشی تدوین شده بر اساس یافته های دو مرحله ی قبل طی یک کارگاه آزمایشی دو روزه با شرکت کارشناسان محترم اداره ی سلامت مادران، منتخبانی از اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی و کارشناسان ارائه ی خدمات بهداشتی- درمانی کشور مورد ارزیابی قرار گرفت. هدف از برگزاری همایش مذکور تشریح دلایل و ضرورت انجام طرح، ارائه ی یافته های حاصل از آن و هم اندیشی در خصوص راهکارهای ارائه شده در زمینه ی ارتقای مهارت های آموزشی و مشاوره ی مدرسان کلاس های آمادگی بارداری بود.

۳. یافته ها

۳-۱. یافته های مرحله ی اول:

راهبرد مطالعه مروری ۲۴۱۵ مقاله ی مرتبط را شناسایی کرد. بعد از مرور عنوان و چکیده ها، ۲۷۹ مقاله شرایط لازم برای ورود به مطالعه را داشتند (شکل ۱). بعد از بازبینی و پیگیری کامل منابع، ۷۲ مطالعه معیارهای ورود را داشت که شامل ۴۳ مقاله در حوزه ی تعیین کننده ها و ۲۹ مقاله در زمینه ی مداخلات صورت گرفته بود (جداول شماره ی ۱-۳ پیوست یکم).

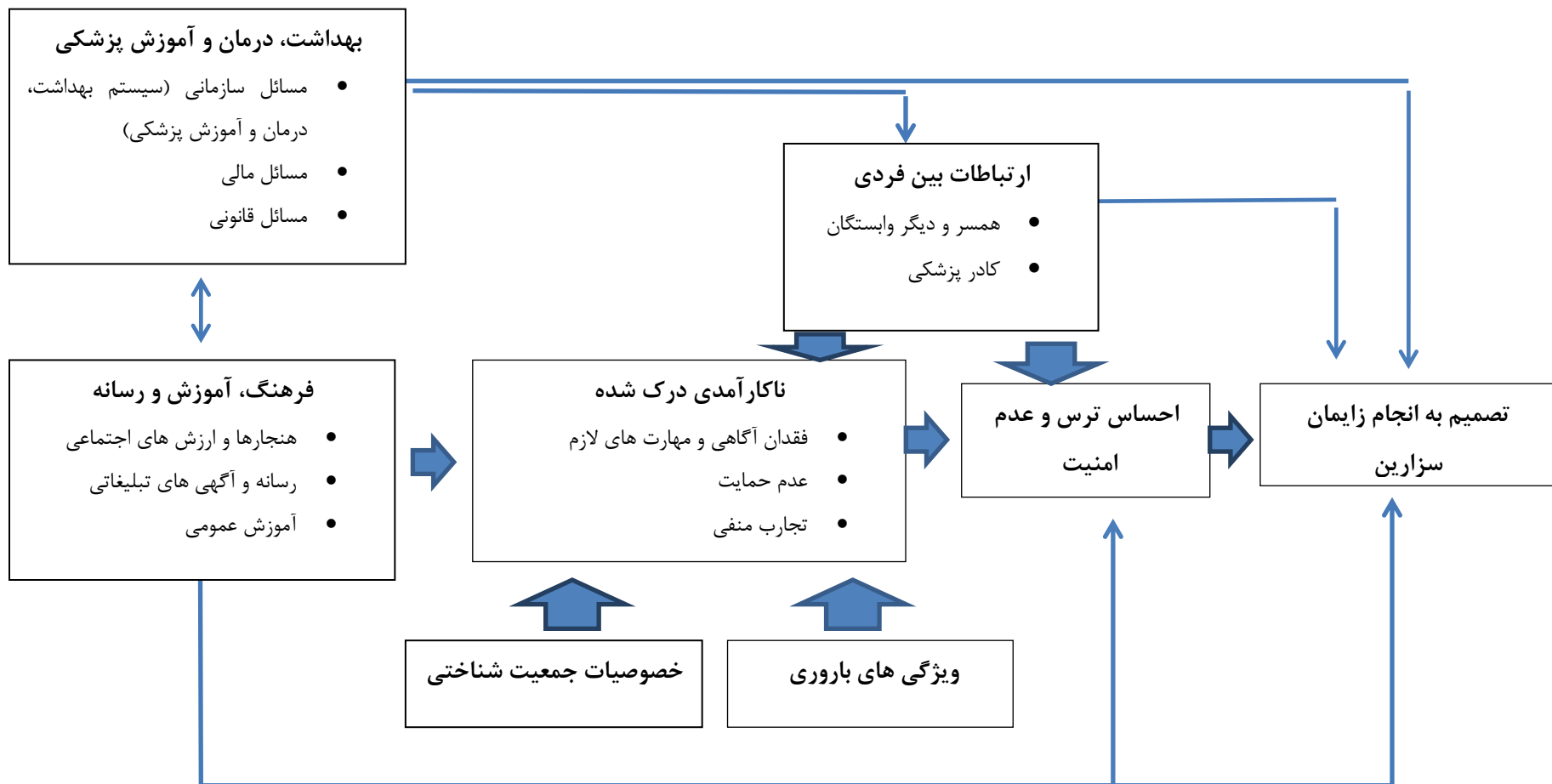


نمودار ۱. فرآیند انتخاب مقالات مرور نظام مند

جدول ۱. طبقات و زیر طبقات تبیین شده در خصوص تعیین کننده های سزارین انتخابی در زنان ایرانی

سن (خیلی جوان یا سنین بالا)		ویژگی های جمعیت شناختی	عوامل فردی
سطح تحصیلات بالا			
شاغل بودن			
وضعیت اقتصادی/ بیمه پزشکی خانواده			
سابقه ی زایمان سخت		ویژگی های تولید مثل (تاریخچه و برنامه ها)	
سزارین پیشین			
سابقه ی سقط			
بیماری های زمینه ای			
سن بارداری			
کم بودن تعداد بارداری/ کودک زنده			
تعداد کودکان پیش بینی شده			
سن بالای ازدواج			
۱۸	ترس از مشکلات جنین/ نوزاد	ترس و عدم امنیت درک شده	
	ترس از مشکلات مادری (اختلالات جنسی، تصویر بدنی منفی)		
	عدم اعتماد به ارائه دهندگان خدمت (عدم دقت و تصمیم گیری سریع مراقبان، تنها بودن در هنگام زایمان)		
	درد زایمان (درگیر شدن در یک فرآیند غیرقابل کنترل، غیر قابل پیش بینی و طولانی)		
سبک زندگی ناسالم (رژیم غذایی ناسالم، فعالیت های ورزشی ناکافی)		آگاهی و مهارت ناکافی	
۲	فقدان آگاهی در خصوص زایمان (فرآیند زایمان، روش های مختلف زایمان و مشکلات آن ها، بستری شدن در بیمارستان و ماهیت واقعی دردها)		
۳	تجارب منفی دیگران از زایمان طبیعی (مشکلات زایمان طبیعی در افراد خانواده)		
توصیه ی همسر به زایمان سزارین		همسر، دوستان و وابستگان	عوامل بین فردی

ارائه دهندگان خدمات بهداشتی		عوامل محیطی
۵	آموزش ناکافی و ارتباط نامناسب میان پزشک و بیمار (در خصوص فرآیند زایمان، روش های مختلف زایمان و مشکلات آن ها، مدت بستری شدن در بیمارستان و ارتباطات نامناسب در اتاق زایمان)	
۱۰	ترغیب و توصیه ی پزشک به انجام زایمان سزارین	
۴	بیمارستان های خصوصی	
	کمبود منابع انسانی نظیر متخصصان زنان و ماماها	
	فقدان یک تعریف مشخص از مسئولیت شغلی ماماها و متخصصان زنان	
۳	فقدان تسهیلات اتاق زایمان و مراقبت های بارداری قابل قبول	
۳	سیستم آموزش متخصصان زایمان	
	ترس از قوانین و مسائل پزشکی قانونی	
	عدم رعایت اصول اخلاق در پیشنهاد زایمان سزارین بدون علامت توسط ارائه دهندگان خدمات	
۲	تعرفه های پایین زایمان طبیعی در مقایسه با زایمان سزارین	
	سهم کم ماما از تعرفه ی زایمان طبیعی	
	روش های پرداخت هزینه ی خدمات	
	نقش و مسئولیت شرکت های بیمه	
مسائل فرهنگی		
	ارزش ها و هنجارهای اجتماعی	
	رسانه و تبلیغات	



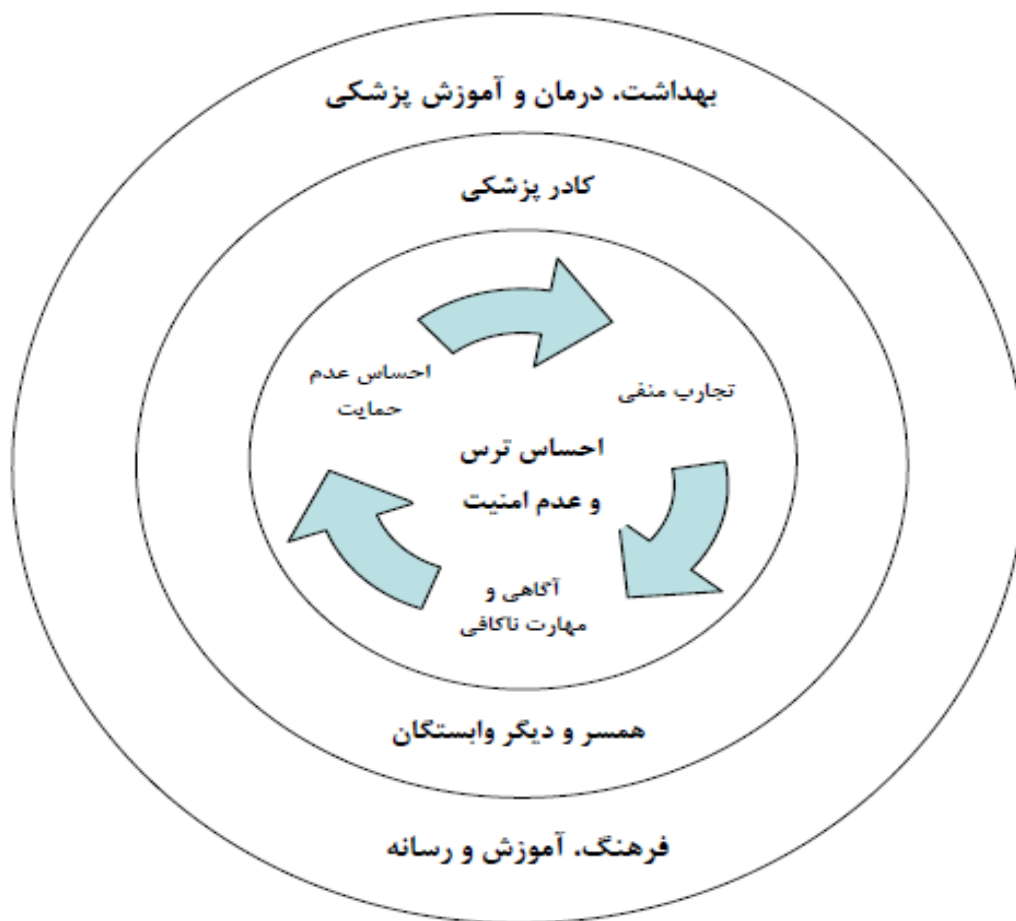
نمودار ۲. چارچوب مفهومی اولیه فرآیند انتخاب سزارین در زنان ایرانی

پس از تجزیه و تحلیل داده های مستخرج از مقالات حوزه ی تعیین کننده ها، مهمترین تعیین کننده های انتخاب سزارین در زنان ایرانی در قالب ۳ طبقه مفهومی (عوامل فردی، عوامل بین فردی و عوامل محیطی) و ۸ زیر طبقه شامل (۱) ویژگی های جمعیت شناختی، (۲) ویژگی های باروری، (۳) ترس و عدم امنیت درک شده، (۴) دانش و مهارت های ناکافی، (۵) همسر، دوستان و بستگان، (۶) ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی، (۷) نظام بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و (۸) عوامل اجتماعی- فرهنگی تبیین شد. جدول شماره ی ۱ علاوه بر طبقات و زیر طبقات مفهومی نشانگر کدهای مستخرج از هر طبقه و تعداد تکرر آنها در مطالعات مورد بررسی است.

همانگونه که جدول مذکور نشان می دهد در بین طبقات ارائه شده از اولین مفهوم مستخرج یعنی "عوامل فردی"، بیشترین تکرر متعلق به طبقه ی "ترس و عدم امنیت درک شده" از سوی مادران باردار بود که به عنوان مهمترین تعیین کننده ی سزارین انتخابی در گروه های مختلف مورد بررسی تلقی شد. شایان ذکر است مطالعات در شهرهای مختلف ایران صورت گرفته و برخی از آنان نیز دربرگیرنده ی یافته های کشوری بود. ادراک ترس و عدم امنیت در مادران باردار در چهار زیر طبقه ی (۱) ترس از آسیب ها و عوارض جنینی، (۲) ترس از آسیب ها و عوارض مادری، (۳) ترس از درد زایمان و (۴) اعتماد ناکافی به کادر درمان تبیین شد. در برخی از مطالعات، ترس مادران از آسیب احتمالی نوزادشان در خلال زایمان طبیعی، عاملی مهم و تاثیرگذار بر فرآیند تصمیم گیری مادران ایرانی بود. علاوه بر این ترس از آسیب های آناتومیک دستگاه تناسلی و اختلال در عملکرد جنسی را می توان از جمله مهمترین تعیین کننده های سزارین انتخابی در جامعه ی ما دانست که در کنار واهمه ی موجود از درد زایمان طبیعی نقش محوری در فرآیند تصمیم گیری مادران باردار برای انتخاب نوع زایمان ایفاء می نماید.

در شکل گیری این احساس ترس و عدم امنیت، مطالعه ی حاضر حاکی از نقش موثر تجارب منفی مستقیم و حتی غیر منفی مادران باردار، احساس عدم حمایت کافی از سوی کادر درمان به ویژه در زمان انجام زایمان طبیعی و عدم برخورداری از دانش و مهارت های کافی برای رویارویی با پدیده ی زایمان بود. این عوامل در یک تاثیر و تاثر، منجر به شکل گیری احساس ناکارآمدی در مادران باردار می شود که در این مطالعه تحت عنوان "چرخه ی ذهنی ناکارآمدی" تبیین شد. بدیهی است چرخه ی مذکور تحت تاثیر تعاملات بین فردی و القاءات محیطی-اجتماعی و در بستری از

ویژگی های فردی، شخصیتی و باروری مادران باردار شکل می گیرد (شکل ۱). نحوه ی شکل گیری ترس و عدم امنیت در مادران باردار ایرانی در محتوای آموزشی تدوین شده به تفصیل تشریح شده است (پیوست دوم).



شکل ۱. الگوی مفهومی درک ناکارآمدی در خصوص زایمان طبیعی و عوامل موثر بر آن در مادران باردار ایرانی

۳-۲. یافته های مرحله ی دوم:

نیازهای آموزشی مدرسان کلاس های آمادگی بارداری: تغییر از آموزش به آموزش - روانشناختی

با توجه به یافته های حاصل از مرحله ی نخست مطالعه ی حاضر مبنی بر اهمیت شکل گیری چرخه ی ذهنی ناکارآمدی در مادران باردار که می تواند زمینه ساز ترس و عدم امنیت مادران از زایمان طبیعی شده و نقش محوری در فرآیند اتخاذ تصمیم برای نوع زایمان ایفا نماید؛ ارتقای کارآمدی مادران باردار به منظور مقابله ی موثر با ترس های خود در خصوص زایمان را می توان راهبردی مهم در رواج زایمان طبیعی و کاهش سزارین غیرضروری در کشور ما دانست. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه ی مروری حاضر، ارتقای دانش و مهارت های لازم برای مواجهه با پدیده ی بارداری و زایمان، سهم شایان توجهی در مهار چرخه ی ذهنی مذکور در مادران باردار داشته و لذا ارائه ی برنامه های آموزشی در این راستا از جمله سیاست های اتخاذ شده در کشور ما و بسیاری از کشورهای دنیا است. در سال های اخیر به رغم توجه بیشتر متخصصان بر طراحی برنامه های آموزشی با هدف ارتقای خودکارآمدی مادران برای کنترل ترس و اضطراب بارداری و زایمان، هنوز در این زمینه برنامه ای که به صورت بین المللی پذیرفته شده باشد وجود ندارد. نتایج حاصل از مطالعات صورت گرفته بر ضرورت ایجاد آمادگی برای زایمان و پشتیبانی از مادران باردار در دوران بارداری و به هنگام زایمان تاکید می نماید. از این رو علاوه بر ارائه ی اطلاعات لازم به مادران باردار در زمینه ی علم مامایی و دیگر موضوعات مرتبط (در حوزه ی ارتقای دانش و مهارت های شناختی) و همچنین آموزش و تمرین مهارت های لازم برای زایمان از جمله آرام سازی و تنفس منظم (در حوزه ی روان-حرکتی) توجه به جنبه های احساسی و عاطفی (در حوزه ی نگرش، ادراک و باورها) ضرورتی اجتناب ناپذیر است. بنابراین رویکردهای نوین با حرکت از آموزش رایج به سوی آموزش روانشناختی، علاوه بر برنامه ریزی های دقیق در دو حوزه ی شناختی و روان-حرکتی به بهره گیری از انواع روش های مشاوره فردی و یا گروهی پرداخته اند که بتواند با تمرکز بر ریشه های ادراک ناکارآمدی از سوی مادران باردار و اصلاح آنها شرایط توانمندسازی درونی مادران برای مقابله با احساس ترس و اضطراب و ناکارآمدی حاصل از آن را فراهم آورند.

آموزش روانشناختی^۸ رویکردی است درمانی که برای رفع مشکل مراجع به جای طی فرآیند رایج "تشخیص (بیماری)، تجویز، درمان و معالجه" از دیدگاه "وجود نارضایتی، تنظیم هدف، آموزش مهارت ها و رضایت یا دستیابی به

^۸ Psycho-education

اهداف" می نگردد. محتوای آموزش روانشناختی در خصوص مهارت های عمومی (یعنی مهارت های ارتباطی، مهارت های بین فردی و غیره) و مهارت های خاص (به عنوان مثال مقابله با سرخوردگی، رضایت جنسی، برخورد با تحریکات تهاجمی و غیره) بحث می کند. شاید دلیل جذابیت الگوی آموزش روانشناختی این است که محتوای آن (مانند مهارت هایی که باید آموخته شود)، تنها با تصویرسازی در افراد در جستجوی کمک، و با توانایی روانشناس برای نوآوری و خلاقیت کافی جهت طراحی یک برنامه ی منظم آموزش به مراجع - برای چیزی که خواهان یادگیری آن هستند- محدود می شود. هر دو اصلاح رفتار و اشکال مفهومی آموزش روانشناختی اثربخشی اثبات شده ای به عنوان روش های درمانی دارد و این یافته های مثبت تایید قوی الگوی آموزش روانشناختی است. نتایج تحقیقات نشان می دهد که یک الگوی روانشناختی برای "آموزش تغییر رفتار" حتی برای یک فرد بسیار سرسخت، جایگزین درمانی مناسبی است (۱۸). آموزش روان شناختی به عنوان اطلاعات آموزشی، ساختارمند و نظام یافته در مورد بیماری و درمان آن تعریف شده و شامل ادغام جنبه های احساسی برای توانمند کردن بیمار و همچنین اعضای خانواده ی او برای مقابله با بیماری است. همچنین این پدیده، فرآیند آموزش به مراجعان مبتلا به بیماری روانی و خانواده آنان درخصوص طبیعت بیماری، شامل علت آن، پیشرفت، عوارض، پیش آگهی، درمان و جایگزین ها است (۱۹).

با توجه به مطالب فوق آموزش روانشناختی برای ارتقای آمادگی بارداری و زایمان، مداخله ای مبتنی بر شواهد است که با فراهم آوردن اطلاعات لازم و درک روانشناسانه از آن، به مادران باردار کمک می کند که درک بهتری از شرایط خود داشته و بتوانند با وضعیت جدید خود سازگار شوند. با این تعریف می توان اذعان نمود هدف از آموزش روانشناختی به مادران باردار کمک به آنان جهت افزایش آگاهی و ارتقای مهارت ها و همچنین بروز احساسات خود در خصوص زایمان و ترس ناشی از آن از طریق تشریک تجارب است که با هدف حمایت از آنان برای احساس کارآمدی در مواجهه با فرآیند بارداری و زایمان، غلبه بر ترس و اضطراب های ناشی از آن و اتخاذ تصمیم های مناسب در جهت حفظ سلامت خود، جنین و نوزاد ارائه می گردد. با توجه به درخواست زیاد زنان باردار ایرانی برای سزارین انتخابی، بنظر می رسد که ارائه ی آموزش روان شناختی و جایگزینی آن با روش های عمدتاً دانش محور فعلی می تواند از جمله اهداف برنامه های کشوری کاهش سزارین انتخابی و ارتقای سلامت مادران و کودکان محسوب شود.

اگر چه بر اساس منابع علمی معتبر، آموزش روانشناختی از روان درمانی متمایز بوده و می تواند توسط متخصصان زایمان اعم از پزشکان متخصص زنان و ماماها ی آموزش دیده، ارائه شود اما تربیت نیروی متخصص در این زمینه نیازمند برنامه ریزی های بلندمدت در حوزه ی آموزش پزشکی است. لذا در برنامه ریزی های کوتاه مدت به منظور بهره برداری بهینه از ظرفیت های موجود، ارتقای دانش و توانمندسازی مدرسان کلاس های آمادگی بارداری در خصوص فرآیند تصمیم گیری مادران باردار ایرانی در زمینه ی انتخاب نوع زایمان، مهم ترین عوامل موثر بر آن و روش های آموزشی مناسب برای بهره گیری در کلاس های مذکور می تواند گامی موثر بر کنترل سزارین انتخابی در کشور ما باشد.

اهداف برنامه ی توانمندسازی مدرسان کلاس های آمادگی بارداری

هدف کلی:

ارتقای مهارت های آموزشی و مشاوره ی مدرسان کلاس های "آمادگی بارداری و زایمان" جهت ارتقای خودکارآمدی و تسهیل انتخاب روش مناسب زایمان در زنان باردار

اهداف اختصاصی:

شناخت وضعیت موجود -

- ✓ آگاهی از فراوانی سزارین انتخابی در جهان و ایران و فاصله ی آن با معیارهای مطلوب سازمان بهداشت جهانی در کشور ما (تحلیل گستره ی مشکل)
- ✓ آگاهی از تعیین کننده های اصلی سزارین انتخابی در ایران و دیگر نقاط جهان و فهم الگوی مفهومی زایمان سزارین در ایران

تحلیل وضعیت موجود و عوامل زمینه ساز سزارین انتخابی در ایران -

- ✓ شناخت فرآیند مفهومی تصمیم گیری برای انتخاب نوع زایمان و مهمترین عوامل تبیین کننده ی آن در مادران باردار ایرانی
- ✓ شناخت چرخه ی ذهنی ناکارآمدی مادران باردار و نقش آن در فرآیند انتخاب نوع زایمان

شناخت مفهوم خودکارآمدی -

✓ شناسایی آموزش به عنوان یک راهبرد کلیدی کنترل و کاهش سزارین

✓ شناخت خودکارآمدی و تفسیر آن کاربرد آن در دوران بارداری

- شناخت ترس از زایمان

✓ شناخت ماهیت ترس از زایمان

✓ شناسایی مداخلات و راهبردهای مقابله با ترس در مراحل مختلف زایمان

✓ درک اصول آموزش روان شناختی و کاربرد آن ها در کنترل ترس مادر از زایمان

- شناخت نظریه ها و روش های آموزشی کاربردی در کلاس های آمادگی بارداری

✓ آشنایی با آموزش روانشناختی، ابعاد و کاربرد آن در ارتقای خودکارآمدی مادران باردار و تسهیل زایمان

طبیعی

✓ شناخت برخی از مهمترین نظریه های آموزش سلامت و کاربرد آنها در تغییر نگرش، رفتار و خودکارآمدی

مادران باردار به منظور انتخاب روش زایمان مناسب

برنامه ی آموزشی برای کلاس های آمادگی زایمان

ردیف	عنوان	اهداف	مدت زمان	روش های آموزش	ابزار کمک آموزشی
۱	شناخت و تحلیل وضعیت زایمان سزارین در ایران و عوامل زمینه ساز آن	شرکت کنندگان قادر به: • درک وضعیت کنونی سزارین انتخابی در ایران و روند آن طی دهه های گذشته باشند • آگاهی از میزان زایمان سزارین در قسمت های مختلف دنیا و وضعیت ایران در میان کشورهای خاورمیانه • آگاهی از اعلامیه ی سازمان بهداشت جهانی در خصوص میزان قابل قبول زایمان سزارین • شناسایی تعیین کننده های اصلی سزارین انتخابی در ایران و دیگر کشورها مستخرج از مطالعات کمی و کیفی مرتبط • فهم الگوی مفهومی زایمان سزارین در ایران و نقد ابعاد آن	۳ ساعت	بحث گروهی متمرکز و بارش افکار	نمایش اسلاید مواد آموزشی نوشتاری
۲	مفهوم خودکارآمدی	شرکت کنندگان قادر به: • شناسایی آموزش به مادران به عنوان یک راهبرد کلیدی برای کنترل و کاهش سزارین انتخابی در ایران باشند • شناخت مفهوم خودکارآمدی و نقش آن در کاهش ترس از زایمان باشند	۲ ساعت	بحث گروهی متمرکز و بارش افکار	نمایش اسلاید مواد آموزشی نوشتاری

۳	ترس از زایمان	شرکت کنندگان قادر به:	۴ ساعت	بحث گروهی متمرکز و بارش افکار	نمایش اسلاید مواد آموزشی نوشتاری
۴	روش های آموزش موثر: از نظریه تا عمل	شرکت کنندگان قادر به:	۱۰ ساعت	بحث گروهی متمرکز ایفای نقش/ الگو سازی داستان سرایی	نمایش اسلاید مواد آموزشی نوشتاری

۳-۳. یافته های مرحله ی سوم

در راستای مقدمه و اهداف بیان شده، برنامه ی برگزاری یک کارگاه آزمایشی با عنوان "آموزش برای تسهیل زایمان طبیعی: هم اندیشی و مروری بر شواهد" به منظور هم اندیشی برای ارائه ی نتایج حاصل از پژوهش حاضر و بحث و بررسی در خصوص روش های آموزشی موثر بر کاهش سزارین انتخابی در مادران باردار ایرانی طرح ریزی شد (پیوست ۳). این کارگاه در تاریخ ۱۱ و ۱۲ دی ماه سال ۹۶ در سالن همایش های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با حضور جمعی از اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه های سراسر کشور، مربیان محترم حوزه مامایی و کارشناسان محترم اداره ی سلامت مادران برگزار شد. در این کارگاه ضمن ارائه ی نتایج مطالعه ی حاضر، راهکارهای پیشنهادی جهت تسهیل زایمان طبیعی در مادران باردار ایرانی با مشارکت کنندگان به بحث و بررسی گذاشته شد و تجارب ارزشمند مشارکت کنندگان تا حد امکان مکتوب شد. در ادامه این مبحث جمع بندی نظرات و پیشنهادات ارائه شده در قالب ۲ طبقه ی عوامل زمینه ساز و راهکارها ارائه شده است:

۳-۳-۱. مفهوم اول: عوامل زمینه ساز سزارین انتخابی در ایران

به نظر مشارکت کنندگان عوامل زمینه ساز در دو زیر طبقه ی عوامل مربوط به /ارائه دهندگان خدمت و عوامل مادری قرار می گیرند.

▪ عوامل مربوط به ارائه دهندگان خدمت

با توجه به تجربیات مشارکت کنندگان، مشکلات زیرساختی در نظام ارائه ی خدمات بارداری و زایمان از جمله مهمترین عوامل زمینه ساز سزارین انتخابی در ایران است. در این راستا شرکت کنندگان بر قوانین ناکارآمد و عدم هماهنگی بین متخصصان زایمان در ارائه ی توصیه ها و بعضاً القای انتخاب سزارین غیرضروری از سوی برخی از متخصصان تاکید داشتند. به علاوه، نقش رسانه های اجتماعی در تاثیر گذاری بر فرآیند تصمیم گیری مادران باردار و در عین حال آگاه سازی خانواده و جامعه مورد اشاره مشارکت کنندگان بود.

بحث مهم دیگر عدم حمایت از سوی سیستم مدیریت بیمارستان ها و فقدان دیدگاه مثبت در خصوص زایمان طبیعی در مدیران به ویژه در بخش های خصوصی و عدم آگاهی آنان از برنامه های مربوط به تسهیل روند زایمان طبیعی بود.

همچنین، مشارکت کنندگان بر ضرورت توانمندسازی مدرسان کلاس های آمادگی زایمان در حیطه ی روان شناختی نظیر نیازسنجی، مشاوره و پویایی گروه تاکید داشتند.

▪ عوامل مربوط به مادر

علاوه بر عوامل زیرساختی، مشارکت کنندگان به نقش مهم مادر باردار به عنوان تصمیم گیرنده ی نهایی در انتخاب نوع زایمان اشاره کردند. در این بخش ترس های مادران و دلایل احتمالی و نحوه ی مقابله با آن ها مورد بحث قرار گرفت که این ترس ها مواردی نظیر: ترس از احتمال ایجاد اختلالات جنسی بعد از زایمان، نگرانی در خصوص سلامت خود و آسیب به جنین، ترس از محیط زایمان (ناشناخته بودن محیط به ویژه در زایمان های اول)، احساس تنهایی هنگام زایمان طبیعی، رنج بردن از برخورد نامناسب پرسنل هنگام زایمان، ترس از درد های فیزیکی ناشی از زایمان، ترس از سرزنش دیگران مهم در انتخاب زایمان طبیعی (همسر، خانواده همسر) بودند. همچنین مشارکت کنندگان، نداشتن خودکارآمدی مادران را به عنوان دلیل اصلی ترس از زایمان طبیعی مورد تایید قرار دادند.

۳-۳-۲. مفهوم دوم: راهکارهای ارائه شده

پس از بحث در خصوص عوامل زمینه ساز انتخاب نوع زایمان، مشارکت کنندگان پیشنهادات و راهکارهایی جهت تسهیل انتخاب نوع زایمان ارائه دادند که در دو زیر طبقه ی راهکارهایی برای ارتقای خودکارآمدی مادران و توانمندسازی ماماها دسته بندی شد که در زیر به آن ها اشاره می شود:

▪ راهکارهایی برای ارتقای خودکارآمدی مادران

مشارکت کنندگان طی بحث های خود به این موضوع اشاره کردند که در کلاس های آمادگی زایمان -که بهتر است از همان اوایل بارداری شروع شود- ترس های احتمالی مادران از زایمان طبیعی شناخته شده و تلاش برای افزایش خودکارآمدی آنان در جهت مقابله با ترس صورت گیرد. همچنین یکی از موضوعات مهمی که به آن اشاره شد حضور همسران در کلاس های آموزشی و به خصوص در اتاق زایمان بود که موجب افزایش حمایت از مادر باردار و تمایل وی به زایمان طبیعی می شود. علاوه بر حضور همسر، به نقش موثر مامای همراه به عنوان یک فرد حمایتگر تاکید شد.

همچنین به موضوعاتی نظیر هماهنگی شیوه و نوع آموزش ارائه شده به مادر باردار با سطح تحصیلات او و دادن حق انتخاب نوع زایمان به مادر و افزایش مسئولیت پذیری مادران در امر زایمان و پذیرش خطرات ناشی از آن اشاره شد.

▪ راهکارهایی برای توانمندسازی مدرسان کلاس های آمادگی زایمان

در ادامه ی بحث ها مشارکت کنندگان علاوه بر راهکارهایی برای ارتقای خودکارآمدی مادر، به مسائلی پیرامون توانمندسازی ماماها ی آموزش دهنده جهت ارتقای کلاس های آموزشی در خصوص زایمان طبیعی اشاره کردند. از مهمترین نکات اشاره شده در این بحث شناخت کافی مدرس از مخاطب شرکت کننده و همچنین آگاهی با انواع ترس مادر از زایمان طبیعی و محوریت قرار دادن آموزش ها بر مبنای مهمترین علل ترس از دیدگاه مادران بود. مشارکت کنندگان بر این مهم تاکید داشتند که آموزشگران برای شناخت و مقابله با ترس مادران از فنون بحث گروهی، پویایی گروه، مهارت های مشاوره به ویژه مشاوره ی انگیزش محور، مهارت های برقراری ارتباط و الگوهای آموزشی در جهت ارتقای خودکارآمدی مادران باردار در امر تسهیل زایمان طبیعی استفاده کنند. همچنین، مشارکت کنندگان عنوان کردند اگر آموزش به مدرسان به صورت کلاس های آموزشی گروهی به همراه بازی نقش ارائه شود، موجب افزایش اعتماد به نفس و توانمندسازی مدرسان محترم خواهد شد.

۳-۳-۳. پیشنهادات

در ادامه به پیشنهاداتی که در پایان جلسه توسط برخی مشارکت کنندگان ارائه شد، اشاره می گردد. پیشنهاد شد سرفصل های کلاس های آموزشی تسهیل زایمان طبیعی با توجه به نیازهای آموزشی فعلی مادران باردار طرح ریزی شود. به عنوان مثال یکی از مشارکت کنندگان نتایج مطالعه ی خود را که شامل ۸ جلسه ی آموزشی بود به صورت زیر بیان کرد: آسیب شناسی ترس از زایمان (فنون شناختی- رفتاری)، نگرانی های دوران بارداری و راهکارهای غلبه بر آن، ترس از سلامت جنین، ارتقای مهارت های حل مسئله، توسعه ی مهارت های زناشویی، یادگیری مهارت های والدینی، توانمندسازی اطلاعاتی در خصوص فرآیند زایمان و توانمندسازی معنوی. همچنین، پیشنهاد شد نحوه ی برقراری ارتباط عاطفی با مادر باردار و حمایت اجتماعی به کتابچه ی راهنمای آموزشی مدرسان اضافه گردد. مشارکت کنندگان پیشنهاد دادند، در صورت امکان دو ویزیت اول مادر باردار توسط پزشک انجام شود و ویزیت های بعدی به ماما انتقال یابد.

مشارکت کنندگان عقیده داشتند که حضور یک متخصص زایمان موافق با طرح تسهیل زایمان طبیعی، احتمال موفقیت در زایمان را افزایش خواهد داد. همچنین، جهت اصلاح نگرش مادر، حضور یک فرد آموزشگر ثابت مناسب تر است. پیشنهاد شد که آموزشگر کلاس های آموزشی مادران افرادی باشند که به زایمان طبیعی اعتقاد درونی داشته و ترجیحا تجربه ی زایمان طبیعی را داشته باشند. علاوه بر این، بر ساخت پرسشنامه ای مطابق با ارزش های فرهنگی و هنجارهای اجتماعی مادران باردار و درک حمایت اجتماعی آنان در خصوص تسهیل زایمان طبیعی با تمرکز بر شناخت ترس های مادران از زایمان طبیعی و افزایش خودکارآمدی آن ها تاکید شد.

پیوست یکم

نتایج تفصیلی جستجوی مقالات

جدول ۱. تعیین کننده های نوع زایمان در زنان ایرانی بر اساس مطالعات انجام شده در ایران

	Title	Study goals	Date of study	Place of study	Study population	Type of study	Results
1	A survey of the growing trend of caesarian section in Iran and the world: A review article [20]	To survey the trend of caesarian section in Iran and the world in different studies.	1990 to 2015	-	45 articles	Review article	Worldwide, the rate of cesarean increased from 6.7% in 1990 to 19.1% in 2014, which represents a 12.4% increase. Cesarean rates increased 14.6 % in developing countries and 12.7% in developed countries. In Iran, the caesarean rate increased from 16% in 1985 to 60% in 2013.
2	Application of health belief model for predicting delivery method among pregnant women of semirom: A cross-sectional research [21]	To predict the delivery method in pregnant women of Semirom city using health belief model constructs.	2011	Semirom	Nulliparous women in third trimester of pregnancy (n=104)	Cross-sectional	In total 28.8% and 54.8% of participants had decided to perform cesarean and to have natural delivery respectively and 16.3% of them had no preference. After telephone follow up, 71.15% have done natural delivery and 28.84% have selected cesarean. <i>There was a direct relationship between perceived self-efficacy and natural delivery performance.</i> However, increasing awareness and perceived benefits of natural delivery was not necessarily led to higher likelihood of natural delivery preference in participants.
3	Assessing the relative contribution of causes leading to cesarean section among women who had referred to ShahidMadani clinic in Marand city [22]	To compare the causes of cesarean delivery among women.	2013	Marand	Pregnant women (n=100)	Cross-sectional	<i>Fear of labor pain</i> was the most common cause of cesarean delivery (35%) while <i>history of previous caesarean section, fear of disturbing the anatomy of external genitalia, medical indication for caesarean section</i> and <i>cultural beliefs such as the lack of pressure on the baby's head</i> caused with lower rate in comparison to fear of labor pain. were placed in lower classes.
4	Attitudes of Obstetricians toward cesarean delivery in challenging cases [23]	To assess the behavior and preferred delivery method among Iranian obstetricians in challenging cases.	2009 to 2011	Mashhad	Obstetricians (n=75)	Cross-sectional	Participants prefer low-risk behavior when attempting to manage an ambiguous case of delivery. <i>Fear of legislation and medico legal issues</i> appear to be of greater importance among this population.

5	Caesarean delivery in South-Western Iran: Trends and determinants in a community-based survey [4]	To assess trends in caesarean delivery and its associated factors in south-western Iran.	2007 to 2010	Fars	139,159 deliveries	Cross-sectional	The rate of caesarean section for the whole sample of 139,159 increased from 51.6% in 2007 to 53.3% in 2009, which was statistically and clinically significant. The rate of caesarean delivery was significantly higher in primiparous compared to multiparous mothers. The cesarean rate increased steadily with the mother's age. <i>The most prevalent recorded reason for caesarean delivery was maternal request. Maternal age, previous abortions, underlying maternal disease, gestational age and number of living children</i> were key contributing factors to the choice of mode of delivery.
6	Caesarean or normal vaginal delivery: overview of physicians' self-preference and suggestion to patients [5]	To examine factors that may affect the physicians' responses to patients consulting the mode of delivery.	2007	Tehran	female obstetricians and gynecologists (n=785)	cross-sectional	The results showed that the physicians suggested NVD (60.8%), CS (25.6%) and painless vaginal delivery (PVD) (13.6%). <i>Physicians normally suggest to their patients as the safe mode of delivery what they prefer for themselves. This preference and subsequent suggestion is influenced by different factors including their age, marital status, and previous modes of delivery. Older physicians suggested NVD more than younger ones.</i> There was a significant relation between the <i>number of previous pregnancies</i> and the suggested mode of delivery as the physicians with more pregnancies suggested NVD more than the other ones and physicians with personal caesarean experience suggested CS more than the other ones, but previous abortions did not have a significant influence. Informing a physician to choose the right mode of delivery for herself leads to better suggestions to the patients. Most obstetricians are now prepared to agree to maternal request for caesarean delivery in the absence of obstetric indications. Physicians not only agree to patients' request for caesarean delivery in the absence of any medical indications but also may suggest CS to their patients more than what is proposed by World Health Organization. Physicians with a history of previous CS suggested it more to their patients. it is not a fear among the physicians, which inspires them to suggest CS, but it is rather a wrong belief about safety of CS.

7	Caesarean section in the Islamic Republic of Iran: prevalence and some socio demographic correlates [24]	1. To investigate the prevalence of CS in the Islamic republic of Iran 2. To document its regional variations 3. To identify the socio demographic characteristics of women who underwent CS	1999 to 2000	Iran	Urban and rural Iranian women population (n=17 991)	A nationwide cross-sectional study	The results showed a considerable prevalence of CS in the Islamic Republic of Iran. Iranian women having CS differed from those who delivered normally on a large array of socio demographic variables. On the whole, they were an older, better educated, married at relatively later age and with lower parity. Urban women were almost twice as likely to deliver by CS.
8	Cesarean section on maternal request in Tehran 2010-2011: incidence and predisposing factors [25]	To determine the incidence of maternal demands for cesarean sections and influential factors on making decision among pregnant women	2010 to 2011	Tehran	Pregnant women (n= 850)	cross-sectional	The prevalence of cesarean delivery on maternal request was 11.2%. The cause of cesarean among 82.3% was fear of vaginal childbirth . Pregnant women aged < 21 years old were 3.2 times more interested in having a cesarean section and those who had higher education were 18.5 times more likely to deliver their babies through cesarean. Performing cesarean on maternal request was found two times more in working women compared to housewives. Moreover, the employment status of husband, delivery in private hospital, and the idea of medical team increased the probability of cesarean delivery.
9	Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study [6]	To identify barriers of reduce the cesarean section rate in Iran, as perceived by obstetricians and midwives	2011	Tehran	Healthcare Providers (n=26 interviews)	Qualitative study	The barriers were identified as: financial, insurance and judicial problems at the economic and political context level; the type and ownership of hospitals, absence of an on call physician, absence of clear job-descriptions for obstetricians and midwives, too many interventions in the delivery process (such as hospitalizing, maintaining an IV-line and injecting solutions, elective induction and frequent vaginal examination) and shortage of human resources and facilities at the organizational context level; distrust and insufficient collaborations between obstetricians and midwives from macro to micro level at the social context level; attitudes toward complications of C-section, reduced capabilities of obstetricians, midwives and

							residents at the individual professional level; and finally, at the innovation level, vaginal delivery is time consuming, imposes high stress levels and is unpredictable.
10	Comparing the cultural beliefs related to mode of delivery among pregnant women and women with childbirth experiences as vaginal delivery or cesarean section [26]	To compare the cultural beliefs about mode of delivery in pregnant women and women with experience of either vaginal delivery or C-section	2014	Tonekabon	Pregnant women and women with experience of either vaginal delivery or C-section (n=444)	Cross-sectional	The mean score of cultural beliefs influencing childbirth decision-making in women with natural childbirth experiences was higher than those of the pregnant women and women with cesarean experiences. Also, there was a significant difference between the three groups regarding the mean scores of aspects of cultural beliefs about childbirth. <i>Frightening thoughts about vaginal delivery are prominent in women.</i> Physicians and media could have important roles in raising awareness to overcome these beliefs.
11	Determinants of cesarean section: a meta-synthesis approach [3]	To identify the determinants of cesarean section within a framework approach via defining the factors affecting it while determining its dimension and inter-component associations.	2004-2014	-	96 articles	Systematic review and meta-analysis	<i>Medical, socio-cultural and economic factors affect the intention towards cesarean section.</i> The most important medical factors in the tendency to cesarean section are <i>previous cesarean, fetal distress, uncertainty about the fetal heart rate pattern, and dystocia.</i> <i>In the socio-cultural category, individual requests, mother education and fear of damage to the mother are the most important factors.</i> <i>In addition, physician recommendation and type of hospital are the most important factors in the economic category.</i>

12	Effective factors for choosing the delivery method in primiparous women [27]	to identify the effective factors for choosing the delivery method in primiparous women	2010	Babol	nulliparous women (n= 360)	cross-sectional study	Major reason declared by mothers in the elective cesarean group was fear of pain (62%) and in group with vaginal delivery, the more common reason was fear of cesarean section complications (52.8%). In obligative group, major medical indication was prolonged labor (26.8%).
13	Equality in safe delivery and its determinants in Iran [28]	To determine the equality in safe delivery indices, i.e., appropriate place of delivery, type of delivery and skilled attendant for delivery, and their determinants in Iran.	2007	28 provinces of the country	Iranian married Women (n=17,991)	Data of Iran demographic and health survey	There were inequalities in variables of safe delivery (included appropriate place of delivery, type of delivery and skilled attendance for delivery) in Iran. Women of higher economic and educational levels had more opportunity of utilizing an appropriate place of delivery and skilled attendance (concentration Indices in both conditions were significantly higher than zero). The proportion of NVDs decreased by improving the economic and educational levels (concentration indices was significantly lower than zero). Regarding determinants of safe delivery, of the three variables (i.e., place, type and person who helps to delivery), mother's education was the most important factor followed by household economic status and mother's age. The residence in urban or rural region or mother's occupation did not have any impact. Differences in the mother's educational level are the most important factor contributing to safe delivery inequality.
14	Fears Related to Pregnancy and Childbirth Among Primigravidae Who Requested Caesarean Versus Vaginal Delivery in Iran [29]	Examine the content of maternal fear and the associated demographic factors in a sample of Iranian primigravidae.	Iran	2014	Primigravida (n=342)	cross-sectional study	In the present study, pregnancy and childbirth-related fears were reported by the majority of pregnant women. The rate of severe fear in the present study was higher than that reported in developed countries, which may be caused by cultural differences, attitude, and perception of fear in pregnant women, different instruments, time of measurement, quality of prenatal care, and education. The 'competence and behavior of maternity ward personnel' was also an important factor. The items 'Not being supported by maternity ward personnel during labour and delivery' and 'not being treated with dignity and respectfully' obtained the highest loadings.

15	Impact of early admission in labor on method of delivery [30]	To investigate the association between timing of admission in labour unit and delivery mode	2004 to 2005	Tehran	Pregnant women in 37 week of pregnancy (n=755)	cohort	The present study confirms the admission in the latent phase can increase the rate of cesarean.
16	Intention for cesarean section versus vaginal delivery among pregnant women in Isfahan: correlates and determinants [31]	assess correlates and determinants of intention for cesarean section versus normal vaginal delivery (NVD) among pregnant women	2014	Isfahan	Pregnant women in 24-40 weeks of pregnancy (n=400)	cross-sectional study	Higher education and greater family income were significant socio-economic correlates of intention to do CS. The study also showed that doctors strongly influence pregnant women's decision, and doctors can shape attitudes of women strongly in favor of cesarean section or vice versa. The images which doctors create for pregnant women about labor and vaginal delivery and its consequences, encourage them to hesitate to do vaginal delivery. In fact, doctors as significant others affect pregnant women's decision. This effect can be particularly the case for women who want vaginal delivery before their pregnancy and then their decision is transformed into CS.
17	Investigation of the socio-cultural factors affecting the women's tendency toward cesarean section in the hospitals of Ilam, Iran [32]	To investigate the socio-cultural factors affecting the women's tendency toward this method.	2013	Ilam	Pregnant women in the last weeks of pregnancy (n=200)	cross-sectional study	The results of the present study showed the most important reason for the tendency toward cesarean delivery to be fear from natural delivery followed by not using the pain relief methods. In fact, midwives are not highly skillful in using these methods. A significant negative relationship was found between reduction of family size and cesarean delivery; the less the number of children, the more the tendency toward cesarean delivery. The findings of the present study revealed a significant relationship between the physicians' persuasion and the tendency toward cesarean. In fact, the physicians prefer the cesarean delivery due to its higher cost and less required time. In this study, a significant relationship was observed between keeping in shape and tendency toward cesarean delivery. The women's socio-economic status affected their tendency toward cesarean delivery.

18	Prevalence and causes of cesarean section in Iran: systematic review and meta-analysis [33]	To investigate prevalence and causes of caesarean in Iran.	2014	Iran	34 related articles published through 2000-2012	Systematic review and meta-analysis	The prevalence of Cesarean was estimated 48%. Using content analysis, factors influencing the incidence of cesarean section were divided to 3 categories including social and demographic factors, obstetric-medical causes and non-obstetric-medical causes. Maternal education and grand multi parity in the field of demographic and social factors, previous cesarean in the field of obstetric-medical causes and fear of normal-vaginal delivery (NVD) and doctor's suggestion in the field of non-obstetric-medical causes were major causes of Cesarean. According to the high prevalence of caesarean section and it upward development, it seems to be essential designing and implementing of programs and interventions effectiveness including providing of Possibility of painless childbirth and education and psychological interventions, increasing of quality of natural delivery services, proper culture and prohibiting of doctors from Personal opinions and profit.
19	Reasons for elective cesarean section amongst pregnant women: a qualitative study [34]	To clarify factors which could affect women's preference for cesarean section over vaginal delivery without medical indications	2010 to 2011	Zahedan	200 pregnant women	Qualitative	One third of cesarean sections were optional. Fear and anxiety about child's health and previous history of elective cesarean section were reported as the main reasons for elective cesarean sections. On the other hand, training physical and neural exercises, correct breathing, concentration exercises and proper birth positioning will help mothers overcome parturition to with least complications. Additionally, post-partum depression will be reduced after parturition and desire for breastfeeding will increase. Boysdon showed that training classes and mental support could reduce rates of elective cesarean section up to 25%. The results of this study suggest that continuous psychological skills training classes and preparatory, sessions for parturition be held for pregnant mothers along with communication skills workshops for the operation room personnel to increase their skills, as well as awareness about the issue.

20	Salient beliefs towards vaginal delivery in pregnant women: a qualitative study from Iran [35]	To explore pregnant women's beliefs about the mode of delivery in order to provide some suggestions for future interventions to increase vaginal delivery	2013	Tehran	Pregnant women (n=36)	Qualitative	Found that a range of behavioral, normative and control beliefs were involved in shaping women's decision on selecting the mode of delivery. Fear of childbirth was one of the psychological factors that contributed to women's decision in preferring cesarean section. Such observation implies that prenatal care educational programs should be implemented, and should include discussion regarding the fears of childbirth. Women reported that health care providers encouraged them to have cesarean section. The present study clearly demonstrates that pregnant women mentioned a number of barriers regarding vaginal delivery including internal and external barriers . Studies have shown that pregnant women feared their own abilities related to vaginal delivery or expressed fear of losing control during delivery. The findings of this study also indicated that there were a number of external barriers that influenced women's preferences. These factors included issues related to insufficient or inappropriate care during labor and inadequate relationship with their health providers to gain accurate information in prenatal care. It was suggested that women who receive continuous support during childbirth by a midwife is likely to feel less alone and restoring the woman's trust in herself
21	The differences between pregnant women who request elective caesarean and those who plan for vaginal birth based on Health Belief Model [36]	To determine the differences and identify the predictors for the way women plan their childbirth based on the HBM model	2015	Bandar Abbas	Pregnant women (n=470)	cross sectional study	Maternal characteristics (age, level of education, occupational status, involvement in a medical profession and household income) and obstetrics variables (health provider, place of prenatal care and the number of children planned for future) influenced the decisions made by the women. There was a significant difference between women planning a cesarean and those planning vaginal birth in terms of childbirth knowledge. Women who planned a caesarean section had significant lower self-efficacy than women who planned a vaginal birth.
22	The preference of Iranian women to have normal vaginal or cesarean	To evaluate the frequency of mothers'	2011 to 2012	Fars Province	Mothers in their 20th to 30th weeks of pregnancy	cross-sectional study	The majority of the subjects in this study preferred to have NVD and less than one-third favored C-section. According to our study, C-section was considered safer

	deliveries [37]	tendency toward the mode of delivery and its associated factors.			(n=6921)		for both mothers and their babies by those who favored this mode of delivery. Mother's age did not remain significant in logistic regression as an effective factor on mother's preference. The results showed poor knowledge of mothers regarding maternal and fetal complications of C-section, and women with a lower level of knowledge and higher attitude toward C-section were more likely to prefer this mode of childbirth. Our results showed that mothers with a higher level of education were more likely to prefer C-section.
23	Development of strategies to reduce cesarean delivery rates in Iran 2012–2014: a mixed methods study [7]	To explore effective strategies to reduce cesarean delivery rates in Iran.	2012 to 2014	Tehran	Related stakeholders and experts (n=141)	mixed methods study	The results of the qualitative phase of this study indicate that it is a multidimensional issue and reducing the cesarean delivery rates is a difficult and complex project, and cannot be easily implemented by practical solutions in the short term. Nonetheless, nineteen strategies have been suggested by participants as the proper strategies to reduce cesarean deliveries. Overall, the suggested strategies can be divided into three categories. <i>First, strategies suggested by the participants mostly were focused on the role of qualified and skilled midwives and obstetricians to manage and handle a safe vaginal delivery. Second, informing the community about the outcomes of caesarean section should be realistic to able mothers to make a proper decision for their delivery. Third, strategies that promotes standards and developing regulation to provide good quality care.</i>
24	Why do some pregnant women prefer cesarean delivery in first pregnancy? [38]	To investigate factors associated with preference for cesarean delivery, with special emphasis on pregnant women's preferences in first pregnancy in Neyshabur (Northeast of Iran	2011	Neyshabur	Nulliparous women (n=797)	cross sectional	The results of this study show that the majority of pregnant women do not prefer caesarean delivery to vaginal delivery. Nevertheless the preference rate for cesarean delivery exceeded 15% that suggested by WHO and most important factors in pregnant women prefer cesarean deliveries are fear of delivery and physician's advice.

25	Women's knowledge and attitude towards mode of delivery and frequency of cesarean section on mother's request in six public and private hospitals in Tehran, Iran, 2012 [39]	To determine the rate of cesarean delivery on mother's request (CDMR) and to determine maternal attitude and knowledge about various modes of delivery in private and public (university) hospitals in Tehran.	2010 to 2011	Tehran	600 deliveries	cross-sectional study	From 600 deliveries, 501 (83.5%) were CS and 99 (16.5%) were normal vaginal delivery. The CS rates in university hospitals versus private hospitals were 78.5% and 91.9%, respectively. In total, mothers' knowledge scores were poor, intermediate, and good in 55.6%, 37.9%, and 6.5% of cases, respectively, and no significant difference in knowledge was observed between mothers attending private or public hospitals. The overall rate of CDMR was 20.8%; and the most frequent reason was fear of pain. Women with CDMR were at higher marital age, education, insurance coverage, and socioeconomic status compared with the women with vaginal delivery , prescription of oxytocin and episiotomy are not used and the placenta exits spontaneously.
26	Non-medical factors affecting antenatal preferences for delivery route and actual delivery mode of women in southwestern Iran [40]	Assessment of the contribution of non-medical factors to mode of delivery and birth preference in Iranian pregnant women in southwestern Iran	2012-2013	Fars	2199 women	prospective cohort	The majority of the subjects expressed a preference for NVD while they were pregnant; however, post-partum evaluation showed that CS was the prevailing mode of delivery in the study population. <i>Factors independently affecting the actual mode of delivery were normative beliefs, control beliefs, evaluation of outcome, and expectations about maternity care, effect of obstetrician's attitude toward mode of delivery, preferred mode of delivery, maternal age, and spouse's educational level.</i> The findings indicate that 62% of women preferred CS after delivery, which was substantially different from the 34.2% preference for CS in early pregnancy. This difference may to some extent be the result of changes favoring CS that occurred during pregnancy

جدول ۲. تعیین کننده های نوع زایمان بر اساس مطالعات انجام شده در دیگر کشورهای جهان

	Title	Study goals	Date of study	Place of study	Study Population	Type of study	Results
1	Determinants of non-medically indicated cesarean deliveries in Burkina Faso [41]	To identify the factors associated with non-medically indicated cesarean deliveries in Burkina Faso in centers where user fees for cesarean delivery were partially removed.	2014	Burkina Faso	22 referral hospital, Deliveries (N=2138)	Cross-sectional	The decision of cesarean delivery was not medically indicated in 24% of cases. The factors independently associated with NMIC were urban residence (adjusted OR 1.55; 95% CI, 1.12–2.12; P=0.006), spouse's occupation other than breeder or farmer (a OR varying from 1.77 [95% CI, 1.19–2.62] to 2.15 [95% CI, 1.38–3.32] according to the profession), and cesarean decided by a general practitioner (a OR 1.61; 95% CI, 1.13–2.30; P=0.009).
2	Factors affecting mode of delivery in a nulliparous at term with singleton pregnancy and vertex presentation (NTSV) [42]	To investigate the factors associated with Caesarean Section (CS) of Nulliparous, Term and Singleton pregnancies with Vertex presentation (NTSV) at a tertiary care hospital.	2014	Pakistan	Nulliparous women (N=212)	Retrospective case-control study	The mode of delivery (MOD) in nulliparous studied mothers is significantly influenced by induction of labour, timing of delivery, duration of labour and the birth weight of baby . While maternal age, antenatal booking, having medical or obstetric issues, use of epidural and gender of baby had no association with the MOD in the current participants. Mothers had more chances of abdominal deliveries during night . The reason might be presence of comparatively less experienced on floor junior consultants/residents who were involved in taking the decisions at night, whereas senior obstetricians were directly involved in the decision making during day.
3	Factors Associated with Preference for Vaginal Birth among Undergraduate Students from Southern Brazil [43]	To identify possible factors associated with a preference for vaginal delivery among students.	2013	Brazil	Students (N=797)	cross-sectional	Vaginal birth was chosen as the “best” mode of delivery by 91.2%, and the “preferred” mode by 75.5% of students. Being male, born vaginally, and a health sciences student was associated with a preference for vaginal birth. Being a health sciences student and born vaginally was associated with considering vaginal birth the “best” mode of delivery. Furthermore, 88% of Brazilian postpartum women considered vaginal birth the “best” mode of delivery, though only 58% of them believed vaginal birth would be safer for babies. The findings indicate that recognizing the benefits of vaginal birth does not always translate into a personal preference for vaginal birth.
4	Gestational weight gain, cesarean delivery, and cesarean delivery	To examine the association between gestational weight gain(GWG) and	1993-2010	China	nulliparous women (N=1009987)	Cohort	Gestational weight gain (GWG) was positively associated with cesarean delivery performed either electively or emergently. A positive monotonic association of GWG with CDMR among low risk women regardless of the pregnancy BMI. To the extent that

	on maternal request: a cohort analysis of Chinese nulliparous women [44]	cesarean delivery including cesarean delivery on maternal request(CDMR) among low risk women					weight gain is the factor deriving the cesarean upward. Various subgroup and sensitivity analyses showed consistent results, further corroborating the monotonic relationship between GWG and cesarean.
5	Influencing factors associated with the mode of birth among childbearing women in Hunan Province: a cross-sectional study in China [45]	To explore the influencing factors associated with the mode of birth among childbearing women in Hunan Province and to provide evidence and suggestions for the improvement and further understanding of vaginal birth (VB) in China	2012	China	childbearing women (N=977), pregnant women (N=375) and mothers of infants (N=602)	cross-sectional	The vaginal birth ratio was 46.2 %, while the CS ratio was 53.8 %. Among women whose preference was VB, only 69.4 % gave birth by VB. Among women whose preference was CS, 98.1 % gave birth by CS. The top four reasons for preferring CS were a lack of confidence in VB (37.3 %), an abnormality in the prenatal examination (36.6 %), the notion that the baby would suffer fewer risks (34.8 %) and the fear of pain from VB (32. 7 %). Age, prenatal examination, and doctors' suggestion were significantly associated with women's mode of birth preference, while place of household registration, husband's preference, prenatal examination and doctors' suggestion had a significant influence on women who changed their choice from VB to CS.
6	Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth - a six-country cohort study [46]	To explore differences between countries as to women's preferred mode of birth during pregnancy, and to learn whether differences between countries could be explained by socio-demographic factors. In addition to assess whether a preference for CS during pregnancy actually resulted in delivery by a non-medically indicated CS.	2008 - 2010	Belgium, Iceland, Denmark, Estonia, Norway or Sweden	Pregnant women (N=6549)	A prospective cohort study	A CS was preferred by 3.5% of primiparous women and 8.7% of the multiparous women. Over 70% of women with a preference for CS eventually had one. It is notable that the actual rate of CS in primiparous women during the time of the study was 17.3%, while only 3.5% of them stated a preference for CS in mid-pregnancy. In the multiparous, with 192/3326=5.8% having a previous CS and no vaginal birth, 5.5% of the women would prefer a CS, and the CS rate was 14.4%. Age over 30, lower education, multiparity, symptoms of depression, severe fear of childbirth FOC, a history of abuse and being non-native seemed to be more common in women with a preference for CS. For multiparous women, a negative birth experience and a previous CS were also associated with a preference for CS.
7	Variation in primary cesarean delivery rates by individual physician within a single-hospital laborist model [47]	To evaluate the degree of variation in rates of primary cesarean delivery by individual laborists within a single institution that uses a laborist model.	2007 to 2014	The United States	Laborists (N=20) nulliparous, term women (N=2224)	a retrospective cohort study	A 3-fold variation was found in cesarean delivery rates between laborists at the same institution. In the tertile with the lowest cesarean delivery rate, 7 laborists had a total of 559 deliveries between them; with individual rates of cesarean delivery between 12.5 and 22.1%. The 6 laborists in the tertile with the medium cesarean delivery rate had 951 deliveries between them, with rates of cesarean ranging from 23.1 to 24.6. In the tertile with the

							greatest rate of cesarean delivery, 7 laborists had 714 deliveries between them, with rates of cesarean delivery ranging from 25.0 to 35.9%. In an unadjusted binomial model, the overall effect of individual laborist was significant, and a 2.9-fold variation between the cesarean delivery rates of the greatest (35.9%) and lowest (12.5%) physicians was observed. When adjusted for hypertensive disease, gestational age at delivery, race, and maternal age, the physician effect remained overall significant with the difference between physicians expanding to 3.58 (1.727.47, P < .001). Between groups of laborists with low, medium, and high rates of cesarean delivery, patient demographics and clinical characteristics of the population managed were clinically similar and not different statistically. The primary indication for cesarean delivery did not differ between groups. These findings draw attention to the impact of individual physician decision-making on cesarean delivery rates even within a laborist care model.
8	Cesarean Outcomes in US Birth Centers and Collaborating Hospitals: a cohort Comparison [48]	To compare the odds of cesarean birth among low-risk women admitted in spontaneous labor to birth centers versus hospitals. The secondary objective was to measure morbidity associated with labor in each setting.	2006 to 2011	USA	11,303 labors	Retrospective cohort study	All women received prenatal care in the birth center and midwifery care in labor, but some chose hospital admission for labor. It was found a statistically significant 37% to 38% reduction in odds of cesarean for women admitted to birth centers instead of affiliated hospitals and a remarkably low overall cesarean rate of less than 5% in both cohorts.
9	Development and Validation of the Self-Efficacy Regarding Vaginal Birth Scale [49]	To develop a scale to measure self-efficacy regarding a vaginal birth (SEVB) during pregnancy and to assess its reliability and validity nulliparous in Chinese women	2010 to 2012	Taiwan	700 (second trimester) 637 (third trimester) 585 (before birth) women	Panel study	Those women who preferred cesarean births had significantly lower SEVB scores than women who preferred vaginal births during the second and third trimesters. Those women who tried vaginal birth had higher SEVB scores than women who had cesareans without trying vaginal births.
10	Impact of a diagnosis-related group payment system on cesarean section in Korea	The effect of the diagnosis related group (DRG)-based payment system on cesarean in Korea	2011 to 2014	Korea	1,289,989 delivery cases	-	A total of 477,309 (37.0%) delivery cases were CSs and 812,680 (63.0%) were vaginal deliveries. By type of hospital, among of all deliveries in Korea, 40.6% were in clinics, 44.6% were in hospitals, 9.0% were in general hospitals, and 5.8% were in tertiary hospitals. The proportion of performed CSs among total

	[50]						delivery was greatest in tertiary hospitals . According to ownership status, 99.8% of deliveries were performed in the private sector, and 0.2% were performed in the public sector. The private sector performed 37.0% of deliveries by CSs, and the public sector performed 52.9% of deliveries by CSs. A longer DRG adoption period was associated with a lower odds ratio for CSs. Cases at hospitals that underwent mandatory adoption were associated with low CSs as well as those at urban-area hospitals and hospitals with more human resources .
11	Malpractice and obstetric practice: the correlation of malpractice premiums to rates of vaginal and cesarean delivery [51]	Hypothesizing those higher liability insurance premiums would be associated with higher CD rates and lower operative vaginal delivery (OVD) rates.	2010	Columbia	Data were collected from the CDC and Prevention National Vital Statistics system for 2010, which included rates of mode of delivery, vaginal or cesarean deliveries, and operative vaginal delivery (OVD).	cross-sectional study	Higher professional liability insurance premiums correlate with higher cesarean rates and lower operative vaginal delivery rates.
12	Counseling for childbirth fear : a national survey [52]	To study comprehensiveness, content and organization of the midwife-led counseling for childbirth fear in all obstetric clinics in Sweden.	2012	Sweden	Obstetric clinics (N= 45)	cross-sectional study	All responding obstetric clinics in Sweden offer midwife-led counseling to women with childbirth fear. Major differences were found regarding the time allocated to counseling, with a range between 5.7 and 47.6 minutes per childbirth. Supplementary education for midwives and the availability of treatment options varied at the different clinics and were not associated with the size of the clinic.
13	Effect of Social Factors on Cesarean Birth in Primiparous	To determine cesarean birth rates and to find out social factors affecting the cesarean	2012	Turkey	primiparous women (N=223)	cross-sectional study	There is statistically significant relationship between the delivery mode and the place of residence, women's age, women's family type, her husband's employment status and presence of health insurance, doctor's influence in taking decision and the place of

	Women: a cross sectional study (Social factors and cesarean birth) [53]	birth in primiparous women.					birth. Again with reference to the conditions of woman's husband work on her own account, working in private sector or public sector increases 2.2 fold the caesarean birth. Caesarean deliveries realized 11.2 times more in private hospitals and 6.1 times more in university hospitals in primiparous with reference to public hospitals. When the deliveries made between 17:00-07:59 are taken as reference, caesarean deliveries are increased by 7.1 times between 08:00-16:59 . Caesarean deliveries are particularly among the preferable methods in terms of avoiding the complications associated with the childbirth.
14	How did you choose a mode of birth? experiences of nulliparous women from Turkey [54]	To obtain in depth descriptions of nulliparous women's experiences during the decision-making process for their mode of birth and to reveal their beliefs, attitudes and values.	2014	Turkey	nulliparous women (N=29)	qualitative , phenomenological study	Health care professionals have a positive attitude towards caesarean sections. The women expected to receive intimacy, care, support and knowledge from health care professionals during the decision-making process, but they were disappointed. Women who had prior caesarean sections recommended caesarean sections, and women who had vaginal births recommended vaginal births. The idea that a caesarean section can reduce the ability to work , since women who have caesarean sections may not regain their physical strength, played an important role in the choice to have a vaginal birth. The women defined vaginal birth as the "natural but hard way". Although they had conflicting beliefs and expectations about vaginal birth, a large number of the women commented that they had to face the challenge in order to become a mother, get rid of waste products and experience regeneration. They also stated that vaginal births would be better for their babies. In addition, some women believed that vaginal birth is sacred and has a religious dimension , and this dimension played a role in their birth decisions. Moreover, some women reported that they preferred vaginal births because caesarean sections involve a surgery and they were worried about the incision, anaesthesia, surgery and inability to lose weight afterwards. Six women who chose to have caesarean sections considered this mode of birth to be a "transfer of responsibility". They thought that birth was scary and a great challenge and they handed over this responsibility to health professionals. These women reported that vaginal births involved pain, aching, screaming and darkness . However, they considered caesarean sections to be the most reliable way to avoid pain. They also believed that caesarean sections could reduce vaginal-birth related risks (vaginal enlargement, perineal incisions and

							haemorrhoids). The women's experiences during their decision-making process for their mode of birth were placed into one of four categories, "getting confused", "no matter what happens", "others influencing women's decisions" (Theme 3-1. Indifferent caregivers) (Theme 3-2. Worldly-wise, experienced relatives) and "make a decision one way or the other" (Theme 4-1. The natural but hard way) (Theme 4-2. The easy choice: minimising risk).
15	Labor Nurses' Views of their Influence on Cesarean Birth [55]	To see if labor nurses felt they influenced whether a woman has a cesarean birth.	2015	Long Beach, CA,	Labor nurses, Two focus groups ($n = 15$ and $n = 9$)	focus groups	Actions and care that nurses provide to help women avoid a cesarean were classified into three themes: support, advocacy, and interactions with physicians . Three main types of supportive care were described by participants including emotional support, labor support techniques, and information support. Nurses mentioned advocating for women's wishes, speaking up on behalf of women, coaching women to advocate for themselves, empowering women to say what they want to the physician and be able to say " <i>I don't want a cesarean right now,</i> " helping to prevent interventions that can <i>lead down the wrong path</i> , and advocating not to admit women too early to the hospital when they are not in active labor. Nurses did not always believe physicians and nurses had the same goals for the woman they were both caring for during labor. Discussions reflected a level of mistrust of some physicians by nurses . Nurses felt some physicians were too quick to perform cesareans. Prominent topics included avoiding the appearance of questioning physicians' authority, speaking about patients in private, keeping physicians updated but away from the bedside as much as possible to avoid perceived unnecessary interventions, and not being completely truthful about labor progress to avoid pushing when conditions are not perceived to be favorable for pushing. Some of the nurses wanted more autonomy than their physician colleagues were willing to allow, whereas others felt they were able to make important decisions about labor management. Nurses were careful not to appear to be questioning physician authority while trying to advocate for their patient.
16	Requests for cesarean deliveries: The politics of labor pain and pain relief in Shanghai, China	To focus specifically on the issue of childbirth pain and how it relates to particular cesarean requests, and how the environment in which	2015	China	postpartum women (N=26) and providers (N=8)	ethnographic fieldwork and in-depth interviews	Many women feared labor pain and, in a context without effective pharmacological pain relief or social support during labor, they came to view cesarean sections as a way to negotiate their labor pain. In some cases, women would request cesarean sections during labor as an expression of their pain and a call for a response to their suffering. However, physicians, under recent state policy,

	[56]	women like Huifen give birth influences how they conceptualize childbirth pain.					deny such requests, particularly as they do not view pain as a reasonable indication for a cesarean birth. This disconnects leads to a mismatch in goals for the experience of birth. To reduce unnecessary C-sections, policy makers should instead address the lack of pain relief during childbirth and develop other means of improving the childbirth experience that may relieve maternal anxiety, such as allowing family members to support the laboring woman and integrating a midwifery model for low-risk births within China's maternal-services system.
17	Survey of Obstetric Care and Cesarean Delivery Rates in Shanghai, China [57]	To investigation of obstetric care delivery in Shanghai would provide insight into the observed high cesarean section rate in urban China.	2012	China	6 hospitals, Physicians	A mixed methods approach	Three factors were identified that favors a high rate of cesarean delivery: strong logistical incentives, pressures on obstetricians, and an obstetrician reported patient's preference. The volume was extremely high: physicians in public hospitals routinely saw up to 80–120 prenatal patients per day. Frequent prenatal testing substituted for time spent in patient– doctor interactions. Family members were not allowed in delivery wards where women labored alone. Obstetrics services had low levels of nursing support and anesthesia for labor. Physical space favored rapid surgical turnover over longer labor. Physicians reported practical incentives to perform cesarean sections. Cesarean delivery was an efficient way to move patients through the systems observed, given the staffing and physical limitations of the public facilities. Physicians reported that patients and families perceived cesarean delivery as safer . Physicians also reported fear of charges of malpractice , for which they might be found to be financially liable or in physical danger. Societal expectations are high, and in a “ one child ” society, perception that cesarean section was safer may also have driven cesarean rates.

جدول ۳. مداخلات انجام شده برای افزایش زایمان ایمن و کاهش سزارین انتخابی

	Title	Date	Country	method	Intervention	Result
1	Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery [13]	2003	Iran	A randomized trial of 100 eligible nulliparous women who had not received education classes on childbirth. In the intervention group (n=50), continuous support during labor was provided; the control group (n=50) did not receive continuous support.	In intervention group, women were shown to an isolated room and were supported by an experienced midwife . The women were free to choose their position, and able to eat and walk about freely. During labor, the midwife explained the process of labor and the importance of body relaxation. Midwife-led support included close physical proximity, touch, and eye contact with the laboring women, and teaching, reassurance, and encouragement. The midwife remained with the woman throughout labor and delivery, and applied warm or cold packs to the woman's back, abdomen, or other parts of the body, as well as performing massage according to each woman's request.	Continuous support provided to women during labor showed a shorter duration of the active phase and the second stage of labor, and reduced the rate of cesarean deliveries. The supported women showed increased exclusive breastfeeding for 6 months and shorter duration of labor, without significant effects on drug interventions.
2	Effect of educational intervention on self-efficacy for choosing delivery method among pregnant women [2]	2013	Iran	This quasi-experimental study was conducted on 130 pregnant women who attended urban health centers in Shahrekord city in 2013. Intervention was applied in the experimental group in three sessions in about 60-90 min while control group did not receive any intervention. Fear of childbirth and self-efficacy questionnaire was completed before and after training.	The intervention group participated in three 60-90 min sessions during a week (including 8-10 persons in each session) which in sessions, they have received extra education (more than routine prenatal care they usually received). Educational content was developed based on strategies of self-efficacy increase (success in performance, replace experience, verbal persuasion and physiological or emotional states).	Mean scores fear of childbirth in intervention group was reduced and expectation and childbirth self-efficacy had a significant increase after intervention . In this study, 71.4% of mothers in intervention group and 53.8% of control mothers naturally delivered their children. Most of intervention group mothers desired to deliver through cesarean and had more fear ($P < 0.001$) but lower childbirth expectation ($P > 0.05$) and self-efficacy ($P < 0.001$) than those who chose normal method. Mothers who were able to distinguish between the concept of self-efficacy and outcome of labor, as well as having similar thoughts about the benefits of the treatment, would cope with labor pain during childbirth much better than the

						others. After the mentioned three sessions, through two further telephone conversations, mothers were given some tips about doing Kegel exercises and mothers were encouraged to do exercises 2-3 times a day and their potential questions were answered.
3	Effect of the one to one midwifery care during labor on modes of delivery and duration of labor and increase satisfaction with childbirth [58]	2005	Iran	This study is a clinical trial .during which 200 pregnant women undergoing vaginal birth, Hafez hospital, shiraz university of medical sciences in spring 2014 were enrolled and randomly assigned to intervention and control groups.	Bedside of her mother and continuing care nursing, assessing progress of labor, health status of the mother and fetus, continuous intravenous infusion of oxytocin, controlled cuts, working closely with physician assistants on duty , maintain the delivery and avoid unnecessary interventions by providing: emotional support, observe the physical comfort and provide information to women to overcome fears, reduce pain and enhance the tranquility and comfort he has worked through the following: Emotional support actions, Informing and raising awareness of women, Compliance with measures to reduce the physical comfort of his physical discomfort (pain, hunger and thirst) helps, Midwives in the maternity ward at the time was engaged in research tasks.	Midwifery care (to the accompaniment of the ongoing clinical care) had a favorable impact on reducing cesarean . Care private midwife, has a positive effect on reducing surgical interventions. However, the control group, there were no specific guidelines for the protection of the woman in labor, women often faced with labor pain, fear, anxiety, muscle cramps, restlessness and loss of control, showed a reaction. The intervention group, the number of cesarean birth causes less done. The specific care of a midwife, labor time is reduced. The degree of satisfaction of private maternity care, compared with the control group was much higher.
4	Effective education to decrease elective caesarean section [59]	2012		The quasi-experimental study was carried out between January and March 2012 and comprised a sample of 200 women in their third trimester of pregnancy attending women's clinics of Imam Ali Hospital, Zahedan, Iran, with the intention of having elective caesarean section. The subjects were voluntarily classified into three groups: one group received an	Women consented to be classified in one of the three groups of A no intervention; as control; B receiving intervention through educational package; and C intervention through educational package and attending group discussion sessions).The package included three booklets. The first one contained material about what mothers should know , including definitions of natural delivery and CS, psychological and medical benefits of	Results indicated that elective CS was 27.8% less in intervention group compared to control group. Behavioral intention towards natural delivery increased significantly in Group C ($p < 0.001$), but not in the other groups. In Group C, 25 (41.7%) women changed their Behavioral intentions after intervention and decided to probably/definitely have natural delivery, while in Group B, 1 (2.5%) changed her behavioral intentions. Group A decided to probably/ definitely have CS. Notably, 4 (4%) women in Group A finally had natural deliveries, but they all were emergency

			Iran	educational package; the other had educational package along with group discussion, and the last one without any intervention was considered the control group. Post-test was conducted a month after Intervention. Data were analyzed using Kruskal Wallis, and logistic regression tests.	natural delivery for the mother and the baby, complications of natural delivery and CS. The second booklet was about the choice itself, including strategies for empowering women, prenatal massage, relaxation techniques and some wrong perceptions associated with natural delivery. The third booklet was about preparing the women for natural delivery, including benefits of exercise and exercises during pregnancy, pain-reduction techniques and facilitating natural delivery. In addition, four postcards with messages encouraging natural delivery were posted to the subject norm of women, including wife, mother, spouse's mother, sister, or a friend according to information provided in the pre-test on a weekly basis. Women in group C were additionally invited to discussion sessions in small numbers (5 to 8). The sessions lasted about 45 minutes with emphasis on attitudes of women and also finding answers to questions in the debate. The sessions were managed by a guide (project executor).	cases. Results of logistic regression test showed that women with increased behavioral intention scores were 6 times more likely to have natural delivery compared to women who did not show any change in behavioral intention Moreover, women with increased scores of perceived behavioral control toward natural delivery were 4 times more likely to have natural delivery compared to women with no change. The educational model based on the theory of planned behavior was significantly effective in increasing awareness, causing positive attitude, and changing subjective norms. It increases natural delivery behavior by enhancing perceived behavioral control and behavioral intention. In addition, results indicated that both educational methods similarly increased awareness. However, the second method was more effective in increasing other model constructs, and then significantly increased natural delivery behavior. Additionally, behavioral intention and perceived behavioral control were identified as predicting factors of natural delivery behavior as well. study has shown that educational package along did not have a significant effect on natural delivery behavior, but educational package combined with group discussion increased the probability of natural delivery by 8 folds, and roughly 40% of women in this group selected natural delivery behavior which might be possibly due to increased motivation, ability to decide and women's skills in direct training. The two educational methods increased model construct scores, including awareness, attitude, perceived behavior control, subjective norms and behavioral intention. Nevertheless, educational package in conjunction with group discussion was more effective in influencing the choice towards natural delivery.
--	--	--	------	--	--	---

5	Effectiveness of community-based intervention on improvement of pregnancy and delivery process in district 4 of Tehran [60]	2011 to 2014	Iran	A quasi-experimental study was carried out on mothers residing in KhakSefid and Javadiyeh in Tehran from January 2011 to September 2014. Study population was 274 mothers; attending in health centers for first vaccination of their neonates. Mothers' demographic data were recorded in some questionnaires.	One year interventions including; consultation, distribution of educational package and training courses for mothers, fathers and their families, educational programs for midwives , obstetricians and gynecologist, residents, medical students, accomplishment of 10 steps baby friendly principles and provision adequate personnel in labor-delivery room were implemented in community, hospitals and health centers. After intervention, 250 mothers who were attending in health centers for vaccination of 2 months aged neonates were assessed and their data were recorded in the same questionnaires.	In "after intervention" group episiotomy, induction of labor rate and maternal morbidity were significantly lower than "before intervention" group ($P= 0.0001, 0.0001, 0.01$). Although no significant difference was seen between two groups neonatal birth weight ($P= 0.69$), a significant difference was seen between two groups' gestational age ($P= 0.007$). After intervention, in spite of no decline in cesarean section rate, NVD tendency and morbidity rate were raised and improved respectively. It seems that cesarean section rate was influenced by other important factors.
6	Effect of educational intervention based on theory of planned behavior (TPB) in selecting mode of delivery [61]	2015	Iran	This experimental study was conducted on 90 nulliparous pregnant women referred to Yazd health centers in 2015. The subjects were selected with multistage sampling method and were divided into 3 group. Data was analyzed by SPSS (version 21) and Chi-square, paired T-test and Kruskal-Wallis test.	Group I received educational training package based on TPB model during 3 sessions of 60 minutes. Group II received education in the form of Pamphlet and control group received routine training. Attitude, subjective norms, perceived behavioral control and intention were assessed by researcher-made tools before and after the intervention. Also, the mothers' decision was again asked at 38 weeks of pregnancy.	Training based on model is an effective method to increase motivation, decision-making ability and skill of pregnant women to choose normal vaginal delivery . Therefore, performing preventive measures and increasing awareness of pregnant women is necessary. Before the educational intervention, there was no significant difference between three groups in terms of attitude, subjective norms, perceived behavioral control and intention ($P>0.001$). After the intervention, there was significant difference in all domains in education group before and after the intervention. Also, the comparison between the groups showed significant difference between the intervention group based on model and pamphlet group and control group ($P<0.001$).

7	Effect of educational interventions based on theory of planned behavior (TPB) in selecting delivery mode among pregnant women referred to Rasht health centers [62]	2010	Iran	This quasi-experimental study included 72 pregnant women referred to various Health Centers in Rasht in the spring and summer of 2010. At the end of the pregnancies, post-test were performed in both groups and the results were analyzed by SPSS-13 software.	After a pre-test by using a valid and reliable questionnaire for both groups, specific training was provided for the intervention group based on the Theory of Planned Behavior .	The results indicate that there were significant differences in the mean knowledge, evaluations of behavioral outcome, attitude, perceived behavioral control, subjective norms, and behavioral intention ($P < 0.05$) among pregnant women in the test group compared with the control. There was a significant difference in behavior between the two groups.
8	The Impact of Educational Intervention Based on the Theory of Planned Behavior in Choosing Delivery Mode in Primigravida Pregnant Women [14]	2014	Iran	This semi-experimental study was carried out on a sample of 87 primigravida women who referred to OB/GYN clinics affiliated to Shiraz University of Medical Sciences for receiving prenatal care in winter 2014. After a pre-test by using a valid and reliable questionnaire in both groups, educational intervention was provided for the intervention group. The post-test was conducted after one month of the intervention. Then, the data were analyzed by the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.	The data was collecting by researcher-made questionnaire which was about the selection of delivery type. First, pregnant women completed the pre-test questionnaire. Then, Educational interventions were conducted based on the TPB for pregnant women in the intervention group (directly), and their husbands, families and friends (indirectly), while pregnant women in the control group received only routine training by health care staff. Educational interventions were carried out during three 60-minute sessions. The first and second sessions was performed to increase knowledge, change attitudes in field of NVD and CS and their positive assessment of NVD, by training methods of interactive lecture and Q & A and through providing training booklet and pamphlet. The third meeting was based on perceived behavior control and strengthening pregnant women's intention for NVD. It performed by training methods of	The results showed that in the intervention group, the scores of all structures except the structure of motivation for compliance has significant differences with each other before and after the educational intervention . While in the control group except the structure of normative beliefs, the scores of other structures had no significant difference with each other. Moreover, the results showed that the intervention and control groups have no significant difference before educational intervention, while two groups after the intervention, in the scores of structures of behavioral beliefs, outcome evaluation, attitudes, control beliefs, perceived power, and perceived behavioral control had significant differences with each other ($P < 0.05$).

					interactive lecture, participation and showing educational short videos of the process of NVD and CS. Indirectly educational interventions was carried out during three non-verbal sessions for their subjective norms (husbands, families and friends), by providing the booklet, pamphlet and educational short video. In addition, trainings were followed up by sending text messages. It should be mentioned that there was no possibility to measure the structure of delivery behavior due to time-consuming and non-affordable. The post-test was conducted for a month in the two groups within one month after the completion of educational interventions.	
9	The impact of a computerized decision aid on empowering pregnant women for choosing vaginal versus cesarean section delivery: study protocol for a randomized controlled trial	2015	Iran	The protocol concerns a randomized trial study that will be performed among Iranian women. Four hundred pregnant women will be recruited from two private and two public prenatal centers in Mashhad, Iran. They will be randomly assigned to either an intervention or a control group. The designed CDA will be provided to the intervention group, whereas the control group will only receive routine care. The CDA provides educational contents as well as some recommendations. The CDA's knowledge base is obtained from the results of studies on predictors of cesarean	A computerized decision aid (CDA) system is an application that pregnant women can use alone or with their families This system aims to inform pregnant women and to support them in making decisions about the delivery method by addressing Their concerns about the upcoming delivery Decision aid for the mode of delivery Using the three steps of the Ottawa Decision Support framework: identifying needs, providing decision support and evaluating decision support.	the effect of a CDA on empowering pregnant women in terms of reducing their decisional conflict as well as on improving their clinical knowledge pertaining to mode of delivery. CDA can decrease pregnant women's decisional conflict and increase their knowledge about the delivery methods. We expect a 15 % effect size in the decisional conflict scale and improvement in the knowledge due to the intervention. The requests for CDMR to decline due to the information and knowledge pregnant women receive through the decision aid tool provided in the study. The result show difference in the DCS subscales, especially the change in the effective decision subscale, and report on that. We will also discuss the difference between the stated pregnant women's preference on mode of delivery with the actual delivery.

	[63]			delivery. The CDA's software will be installed on women's computers for use at home. The two primary outcomes for the study are O'Connor's Decisional Conflict Scale and knowledge as measured by true/false questions. Actual mode of delivery (vaginal versus cesarean) will be compared in the two groups.		
10	Applying Lean Six Sigma methodology to reduce cesarean section rate [64]	2014	China	By using Lean Six Sigma (LSS) methodology, the cesarean section rate was investigated and analyzed through a 5-phase roadmap consisting of Define, Measure, Analyze, Improve, and Control. The principal causes of cesarean section were identified, improvement measures were implemented, and the rate of cesarean section before and after intervention was compared. 360 cases of cesarean section were recorded (206 cases with a valid medical reason), in December 2014.	A series of measures was implemented, including an improved parturient women assessment system, strengthened pregnancy nutrition guidance, implementation of painless labor techniques, enhanced midwifery team building, and promotion of childbirth-assist skills. Lean Six Sigma (LSS) methodology is designed to work toward a combination of improved process quality (Six Sigma) and efficiency improvement (Lean Manufacturing). Six Sigma provides a roadmap that consists of 5 phases designed to uncover the root cause of a problem: Define, Measure, Analyze, Improve, and Control (DMAIC roadmap). LSS originated from Motorola in the 1980s and is increasingly used in the healthcare field.	Ten months after introduction of the improvement measures, the cesarean section rate decreased from 41.83% to 32.00%, and the Six Sigma score (i.e., Z value) increased from 1.706 to 1.967 ($P < .001$). Improvement in the process power showed that LSS is effective in decreasing cesarean section rate.
11	Avoiding the first cesarean section—results of structured organizational and cultural	2006 to 2015	Sweden	The target group was primarily nulliparous women at term with spontaneous onset of labor and cephalic presentation. Implementation of a “nine-item list” of structured organizational	The nine items were introduced and established at different times during the 10-year period, and all items were continuously developed in response to feedback and reported outcomes. The nine items include	Result showed the CS rate in nulliparous women at term with spontaneous onset of labor decreased from 10% in 2006 to 3% in 2015. During the same period the overall CS rate dropped from 20% to 11%. The prevalence of children born at the unit with umbilical cord pH<7 and Apgar score <4 at 5

	changes [65]			and cultural change in Linköping 2006–15.	monitoring of obstetric results, recruitment of a midwife coordinator, risk classification of women, introduction of three different midwife competence levels, improved teamwork, obstetrical morning round, fetal monitoring skills, obstetrical skills training, and public promotion of the strategy.	min were the same over the years studied. At present, 95.2% of women delivering at our unit are satisfied with their delivery experience. The CS rates have declined after implementing the nine items of organizational and cultural changes. It seems that a specific and persistent multidisciplinary activity with a focus on the Robson group 1 can reduce CS rates without increased risk of neonatal complications.
12	Can antenatal classes reduce the rate of cesarean section in southern Italy? [66]	2014	Italy	A retrospective cohort study to evaluate whether participation in antenatal classes during pregnancy reduces the rate of cesarean delivery in southern Italy. The study included 1893 mothers who brought their children for vaccination and were interviewed about their participation in antenatal classes and their obstetric history. Descriptive analysis was performed for all the variables.	three local health authorities (ASL): the ASL with the lowest rate of cesarean delivery (ASLAV: 39.8%); the ASL with the highest rate (ASLNA2: 61.5%); and the ASL with the largest number of women attending, which corresponded to the city of Naples, the regional capital (ASLNA1: 61.5%). ² Then, we randomly selected one of the eleven vaccination centers of ASLNA1, one of the thirteen vaccination centers in ASLNA2, and one of twelve vaccination centers in ASLAV. At each center, two expert healthcare workers interviewed the mothers of the children brought in for the infant vaccinations. Interviews were conducted immediately following the vaccinations 1–3 days each week and in different days of the week between July and December 2014, during all hours that the centers were open to the public. A questionnaire was developed, pilot-tested in a full day of interviews in ASLNA1, and consequently modified. The questionnaire sought recall data relating to antenatal classes and obstetric history	This study showed A moderate efficacy of antenatal classes. In current sample, antenatal classes reduced the occurrence of CSs by 10%. The main causes of cesarean section given in the interview were clinical indications (61.0%), previous cesarean section (31.0%) and woman's request (8.0%). When we excluded emergency cesarean delivery, we found a moderate association between participation in antenatal classes and cesarean section reduction. The CS rate remained much higher than the rates recommended by WHO. The reduction was more evident in ASLNA2 and ASLNA1 (in which the CS rate is higher) than in ASLAV (in which the CS rate is the lowest in the region). This difference could be explained by the influence of antenatal classes on pregnant women living in areas in which medical practice seems to be much more directed by nonclinical motivators (i.e. defensive, opportunistic, organizational).
	Childbirth Education Class	2011 to	USA			

13	and Birth Plans Are Associated with a Vaginal Delivery [67]	2014		This is a retrospective cross-sectional study of women who delivered singleton gestations > 24 weeks at our institution between August 2011 and June 2014. Based on a self-report at the time of admission for labor, women were stratified into four categories: those who attended a CBE class, those with a birth plan, both, and those with either CBE or birth plan. Multivariate logistic regression analyses adjusting for clinical covariates were performed, A subset analysis was performed on nulliparous women only (n = 9,168).	Patients are routinely asked if they participated in CBE or have a birth plan. This information is charted by nurses and available for abstraction from the electronic medical record. Clinical data abstraction was performed to obtain self-reported attendance at a CBE class or to identify the presence of a written birth plan.	31.9 percent of the women attended CBE class, 12.0 percent had a birth plan, and 8.8 percent had both. Women who attended CBE or had a birth plan were older ($p < 0.001$), more likely to be nulliparous ($p < 0.001$), had a lower body mass index ($p < 0.001$), and were less likely to be African-American ($p < 0.001$). After adjusting for significant covariates, women who participated in either option or both had higher odds of a vaginal delivery; birth plan and both compared with controls. Attending CBE class and/or having a birth plan were associated with a vaginal delivery. These findings suggest that patient education and birth preparation may influence the mode of delivery. CBE and birth plans could be used as quality improvement tools to potentially decrease cesarean rates. There was a significant decrease in women who attended CBE classes from the beginning of the study period to the end, and an upward trend in the number of women with a birth plan.
14	Effects of Recruiting Midwives into a Family Physician Program on Women's Awareness and Preference for Mode of Delivery and Caesarean Section Rates in Rural Areas of Kurdistan [68]	2005 to 2013	Iran	In this cross-sectional study, using multistage cluster sampling method a total of 668 mothers with two-month-old children were selected from among all mothers with two-month-old children who were living in rural areas of Kurdistan province	Using the difference-in differences model and Match it statistical model, the factors associated with caesarean section rates and women's awareness and preference for mode of delivery were compared in centers with and without an increase in midwives density after the implementation of the family physician program. To compare the changes before and after the program, we used the data collected from the same number of women in 2005 as the baseline	The results of this study showed that an increase in the density of midwives in the family physician program led to an increased women's awareness of the benefits of natural childbirth among mothers from 2005 to 2013 in health centers where there was an increase in the density of midwives, compared with those health centers without an increase. Women's awareness of the benefits of natural childbirth was also found to have an impact on their preference for delivery by caesarean section. On the other hand, the density of midwives had no significant effect on the caesarean section rates or preference for caesarean section delivery. The results of this study showed that an increase in the density of midwives in the family physician program led to an increase in women's awareness of the benefits of natural childbirth. An increase in women's awareness of the benefits of natural childbirth was associated with a decreased preference for caesarean

						section, however this reduction did not have a significant impact on caesarean section rates; possibly, this finding might be attributed to the complexity of this problem that needs a mixed strategy involving various stockholders.
15	The Impact of Healthcare Reform Plan on the Rate of Vaginal Delivery and Cesarean Section in Shiraz (Iran) [69]	2013 to 2014	Iran	This was a descriptive-analytic cross-sectional study. The main aim of this study was to examine the impact of the healthcare reform plan on the number of vaginal deliveries and cesarean sections, and its impact on the government adopted policies toward increasing vaginal delivery.	The rate of vaginal delivery and cesarean section in public and private hospitals were compared. First, descriptive statistics, related to the investigated period (2013-2014) were mentioned based on the number and percentage. Then the normality in the data was tested using Kolmogorov-Smirnov test. According to data distribution, the statistical assumptions had the conditions of using parametric and non-parametric tests. Finally, paired-samples t-tests and Wilcoxon tests were used for assessing the hypotheses.	Despite the increased number of painless deliveries after the reform, only two hospitals carried out painless deliveries . So, the number of samples for this type of delivery was little, and no significant difference was found between implementing healthcare reform and painless delivery . It can be predicted that the development of painless delivery facilities in other centers not only increase the number of vaginal delivery, but also improve equity in access of painless delivery. Another reason for mothers' willingness for cesarean section is the fear of maternity units and lack of visitors. According to the findings of this study, 64.7% of deliveries in 2013 were performed using cesarean section while it was 58.6% in 2014 ($p=0.772$), of which no significant changes were observed. In addition, the percentage of vaginal delivery in 2013 and 2014 were 35.3% and 41.4% respectively ($p=0.00$), so a significant increase was found for vaginal delivery. Healthcare reform has led to an increase in the number of vaginal deliveries in hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences . Due to the limited number of hospitals adhering to the healthcare reform plan to increase vaginal delivery (using private midwife and implementing painless delivery), the reform for decreasing the cesarean rate was not effective enough.
16	First birth cesarean proportion: a missed indicator in controlling	2015	Iran	Health Sector Evolution (HSEP) program (started in April 2014) targets the high rate of CS in Iran . To assess the impact of the interventions, we emphasized that the First Birth	In this study data on first birth, CS were collected alongside the other recommended items by MOHME in HSE program . This paper aimed to emphasize cesarean section in the first pregnancy versus in all pregnancies	Results suggested more reduction in FBC proportion than the CS proportion, so this is a very good sign since more potential CS cases will be prevented. As repeated CS is one of the main indications for the operation, in the short term, even effective policies may change the overall proportion slightly, while the

	policies [70]		Cesarean (FBC) proportion is one of the main indicators to assess the controlling programs. Data on the mode of delivery were collected in Kerman province between 21 March 2014, 20 March 2015 classified by hospital ownership. Chi-square test for trend was used to assess the trends.	(FBC proportion) as an important issue in evaluating cesarean reduction policies. Also, evaluate FBC proportion in Kerman University of Medical Sciences (KMU) during a twelve month period (21 March 2014, 20 March 2015). Health Sector Evolution Plan (HSEP) program which is recently implemented by Ministry of Health and Medical Organization (MOHME) of Iran, primarily intended to reduce the financial burden of treatment procedures on people. The first phase of HSEP initiated in May 2014. One out of seven parts of this guideline is about increasing natural vaginal delivery (NVD) by decreasing unnecessary CS cases. The other goals of this program are presented by others. The final goal of this part is to improve Maternal and neonatal health. The ideal range of CS proportion is 25-30%. In each university 2.5% reduction to the baseline is recommended in a three month time intervals and finally 10 percent reduction by the first year. CS rate (number of CS cases divided by total births) has been determined as the main indicator. This study aimed to make a suggestion to this program. The study period started 45 days earlier than the HSEP initiation. CS and FBC proportion were calculated at the end of the three month intervals. CS proportion is calculated as total number of CS cases divided by total number of births. First Birth Cesarean Section	FBC proportion is more sensitive to reflect the impacts. Therefore, it is necessary to target the main fuel to reduce CS proportion effectively. At the end of the study period, there was 8.9 percent reduction in CS proportion and more reduction was in FBC proportion. Since about half of the CS cases were due to previous CS, more reduction in FBC proportion than CS proportion is very good for future because more of the prospective CS cases will be prevented. Previous CS physician and health workers have two options for the mother, again CS surgery or Vaginal Birth after Cesarean (VBAC). Since VABC may fail and result in additional harm and costs the safer option is prevention of the primary CS. in this study, previous CS is the most common reason for CS surgery Total number of births was around 34000. There were 8.9 and 13.1 percent reduction in CS and FBC proportion respectively. CS proportion was 54.5 at the end of the first quarter of the studied period and reached to 49.6 at the end of the period ($p < 0.0001$). Also, FBC proportion was 54.1 percent at first and reached to 47 percent at the end of the study period. The main reason for CS was due to previous CS. At the hospital level, the highest reduction in CS and FBC proportion were in public hospitals.
--	---------------	--	---	---	---

					proportion (FBC) calculated as total number of cesarean section in the first pregnancy divided by total number of first births. Changes were calculated at the end of each interval compared to the first by hospital ownership.	
17	Use of the Extended Parallel Process Model (EPPM) to Predict Iranian Women's Intention for Vaginal Delivery [71]	2014	Iran	Quantitative and qualitative data were collected using a structured questionnaire based on Witte's extended parallel process model and four focus groups , respectively. The study uses a mixed approach. Simultaneously, 290 pregnant women who visited prenatal clinics completed the study.	A model for evaluating the individuals' perceptions toward a specific issue called the "extended parallel processing model" (EPPM), first proposed by Witte in the early 1990s. Since a number of theories ignore the failures as well as successes of participants' intentions or behavior changes, we needed a quantitative instrument based on a solid theory to evaluate our participants' intention to plan normal vaginal delivery (NVD); EPPM was useful for this purpose . Moreover, our qualitative objectives were to explore the knowledge and beliefs about methods of childbirth with expectant mothers as the main behavioral change target group that had not been studied closely before. The mixed purpose of the present research aimed to determine if pregnant women's intention to NVD can be predicted by EPPM instrument and to identify their salient beliefs toward NVD during pregnancy.	Our findings of both qualitative and quantitative approach suggest that as participants have more knowledge about mode of childbirth, perceive more severity of surgical childbirth and their perceptions of self-efficacy increased , there was a greater likelihood of intending to deliver vaginally regardless of parity, gestational age, or social class. Although both quantitative and quantitative findings revealed that most participants in this study had a greater tendency to deliver vaginally (as opposed to CS), our investigation of women's perceptions showed that they often lacked knowledge and held negative beliefs toward vaginal childbirth based on their previous experiences or others' recommendations. These could lead women away from plans for vaginal childbirth. Women perceived lower risk but higher levels of efficacy. Perceived self-efficacy, severity, and response efficacy were identified as significant predictors of intention to experience vaginal birth. Participants' insufficient knowledge and misconceptions about birth methods were dominant. Two major themes were identified and divided into negative and positive beliefs about vaginal birth. The extended parallel process model provides a useful framework to assess women's intention to have a vaginal birth, especially when it is combined with a qualitative approach. Within Iranian women, self-confident mothers are more likely to intend to deliver vaginally .
18	A randomized controlled trial of	2007	USA	Nulliparous women in the third trimester of an uncomplicated	For the 224 women randomly assigned to the experimental group, a doula	The doula group had a significantly lower cesarean delivery rate than the control group (13.4% vs

	continuous labor support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates [72]			pregnancy were enrolled at childbirth education classes in Cleveland, Ohio, from 1988 through 1992 . Of the 686 prenatal women recruited, 420 met enrollment criteria and completed the intervention.	arrived shortly after hospital admission and remained throughout labor and delivery. Doula support included close physical proximity, touch, and eye contact with the laboring woman, and teaching, reassurance, and encouragement of the woman and her male partner	25.0%, $p=0.002$), and fewer women in the doula group received epidural analgesia (64.7% vs 76.0%, $p=0.008$). Among women with induced labor, those supported by a doula had a lower rate of cesarean delivery than those in the control group (12.5% vs 58.8%, $p=0.007$). On questionnaires the day after delivery, 100 percent of couples with doula support rated their experience with the doula positively . For middle-class women laboring with the support of their male partner, the continuous presence of a doula during labor significantly decreased the likelihood of cesarean delivery and reduced the need for epidural analgesia . Women and their male partners were unequivocal in their positive opinions about laboring with the support of a doula.
19	Maternal Request for Cesarean Section due to Fear of Birth: can It Be Changed Through Crisis-Oriented Counseling? [73]	2000 to 2002	Norway	The study sample comprised 86 pregnant Women with fear of birth and a request for planned cesarean , who were referred for counseling by a psychosocial team at the University Hospital of North Norway in the period 2000–2002 . Data were gathered from referral letters, from antenatal and intrapartum care records, and from a follow-up survey conducted 2 to 4 years after the birth in question.	The intervention is described, as well as the women's psychosocial problems, changes in their wishes for mode of birth, birth outcome, the women's satisfaction with the service, and their preferences for mode of birth in future births . The woman was first encouraged to express her feelings, thoughts, and concerns freely, and her experiences were the starting point for further work. Events and experiences that had direct relevance to the fear of birth were focused on, and processed, and information that could help to correct mistaken perceptions about pregnancy and birth was given. Toward the end of pregnancy, plans and preparations were made for birth.	Birth activates previous traumatic experiences, abuse, and psychiatric disorders that may give rise to fear of vaginal birth . When women were referred to a specialist service for fear of birth and request for cesarean, they became conscious of, and to some degree worked through, the causes of their fear, and most preferred vaginal birth. They remained pleased with their choice later After the intervention most women decided to give birth vaginally (86%), which was the final birth outcome in 59 percent of the study population. Among the physically healthy women with low obstetric risk, 93 percent changed their original request for a cesarean and 96 percent delivered vaginally. In our study, even among the women who were at high obstetric risk due to complications of pregnancy or previous complicated births, 83 percent changed their request. The fact that the study population consisted of just 2 percent of the entire population of women who gave birth in the study period indicates that this was a preselected group in which the women had significant psychosocial burdens . We found that 90

						percent had previously experienced anxiety, depression, or both, 63 percent had been subject to some kind of abuse, and 43 percent had eating disturbances.
20	Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: a randomized controlled trial [74]	2006 to 2007	Nigeria	A randomized control trial conducted at the University College Hospital Ibadan, Nigeria, from November 2006 to 30 March 2007. Women with anticipated vaginal delivery Of the 632 recruited, 585 were eventually studied: 293 and 292 were in experimental and control groups were recruited and randomized at the antenatal clinic. Multivariable analyses were used to adjust for potential confounders. The level of statistical significance was set at 5%.	The experimental group had companionship in addition to routine care throughout labor until two hours after delivery, while the controls had only routine care. The primary outcome measure was caesarean section rate. Others included duration of active phase, pain score, time of breast-feeding initiation and description of labor experience. Women with anticipated vaginal delivery were enrolled between 30 and 32 weeks gestation after informing them in detail about the study during ANC. After, they were assured that their participation is entirely voluntary, and an individual written consent was then obtained. The consented women were allocated into either experimental or control using a randomization sequence. Those in the experimental group were informed to bring someone of their choice to act as a companion during labor. The experimental group consisted of women that received routine care and social support while the controls received only routine care. Each study participant was monitored for clinical outcomes from the onset of established labor until two hours after childbirth.	Women with companionship had better labor outcomes compared to those without. It is desirable to adopt this practice in our health-care settings as an alternative strategy to provide comparable quality services to would-be mothers in labor. Women in the control group were about five times more likely to deliver by caesarean section (95% confidence interval (CI) 1.98–12.05), had significantly longer duration of active phase ($P < 0.001$), higher pain scores ($P = 0.011$) and longer interval between delivery and initiation of breast-feeding ($P < 0.001$). However, those in experimental group had a more satisfying labor experience (odds ratio 3.3 95% CI 2.15–5.04).

21	Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial [75]	2004 to 2005	Brazil	A total of 212 primiparous women were enrolled in a randomized controlled clinical trial carried out between February 2004 and March 2005. One hundred and five women were allocated to the group in which support was permitted and 107 to the group in which there was no support. Variables regarding patient satisfaction and events related to obstetrical care, neonatal results and breastfeeding were evaluated. Student's t-test or Wilcoxon's test, chi-square or Fisher's exact test, risk ratios, and their respective 95% confidence intervals were used in the statistical analysis.	In both groups, care during labor and delivery was provided according to the routine protocol of the institution, including active management of labor, a relatively common procedure in Brazilian maternities: early anatomy, use of oxytocin, intermittent electronic fetal monitoring, and systematic analgesia. At this institution, a companion during labor and delivery had not previously been permitted. This was the only difference between the two groups	The fact that the women with support reported higher levels of satisfaction with the medical information/guidance they received indicates that perhaps there was a change in attitude. Perhaps because there was someone else in the room, medical staff were more forthcoming and user-friendly than when no support person was present. These findings of higher patient satisfaction may also encourage and sensitize healthcare providers to adopt this practice in health institutions where such a support companion is not permitted, or even where <i>doulas</i>, lay-persons or professional healthcare providers are designated to this role These results show that the support provided by a companion of the woman's choice during labor and delivery had a positive effect on her satisfaction with the birth experience. Although the opinion of the health professionals were not assessed systematically, it seems that this intervention was well-accepted by them. Therefore, the assistance the women in both groups received during labor and delivery was the standard care routinely provided in that hospital, and there were no changes in management. The presence of a companion of the woman's choice had a positive influence on her satisfaction with the birth process and did not interfere with other events and interventions, with neonatal outcome or breastfeeding. Overall, the women in the support group were more satisfied with labor (median 88.0 versus 76.0, $p < 0.0001$) and delivery (median 91.4 versus 77.1, $p < 0.0001$). During labor, patient satisfaction was associated with the presence of a companion (RR 8.06; 95%CI: 4.84 – 13.43), with care received (RR 1.11; 95%CI: 1.01 – 1.22) and with medical guidance (RR 1.14 95%CI: 1.01 – 1.28). During delivery, satisfaction was associated with having a companion (RR 5.57, 95%CI: 3.70 – 8.38), with care received (RR 1.11 95%CI: 1.01 – 1.22) and with vaginal delivery (RR 1.33 95%CI:
----	---	--------------	--------	--	---	---

						1.02 – 1.74). The only factor that was significantly lower in the support group was the occurrence of meconium-stained amniotic fluid (RR 0.51; 95%CI: 0.28 – 0.94). There was no statistically significant difference between the two groups with respect to any of the other variables.
22	Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education Pilot Study on Maternal Self-Efficacy and Fear of Childbirth [76]	2013	Australia	A single-arm pilot study of the MBCE intervention using a repeated-measures design was used to analyze data before and after the MBCE intervention to determine change trends with key outcome variables: mindfulness; depression, anxiety, and stress; childbirth self-efficacy; and fear of childbirth. 12 Pregnant women (18-28 weeks' gestation) and their support companions attended weekly MBCE group sessions over 8 weeks in an Australian community setting.	This study was approved by the University of Western Australia Human Research Ethics Committee. Participants registered their interest via e-mail, and those who met the inclusion criteria were invited to commence the course. Participants completed the pre-MBCE questionnaire package and received books and compact discs (CDs) with mindfulness homework practice prior to beginning session one. In the eighth week of the course, following the final class, participants completed the post-MBCE questionnaire package. Approximately 3 to 12 weeks following the birth of their newborns, participants were contacted to obtain data on birth outcomes and complete a modified questionnaire package with instruments to measure depression, anxiety, stress, mindful awareness, and childbirth fear. Qualitative data were also gathered at this point using focus groups.	This pilot study demonstrated that a blended mindfulness and skills-based childbirth education intervention was acceptable to women and was associated with improvements in women's sense of control and confidence in giving birth. Previous findings that low self-efficacy and high childbirth fear are linked to greater labor pain, stress reactivity, and trauma suggest the observed improvements in these variables have important implications for improving maternal mental health and associated child health outcomes. Ways in which these outcomes can be achieved through improved childbirth education are discussed Statistically significant improvements and large effect sizes were observed for childbirth self-efficacy and fear of childbirth. Improvements in depression, mindfulness, and birth outcome expectations were underpowered. At postnatal follow-up significant improvements were found in anxiety, whereas improvements in mindfulness, stress, and fear of birth were significant at a less conservative alpha level.

23	The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women [77]	2007	Iran	The present study is a clinical trial which was carried out in 2007 at Milad Hospital, with 100 nulliparous pregnant women. Childbirth fear was measured by childbirth attitudes questionnaire. Normal pregnant women in the second trimester with childbirth fear score was 28 or more were randomly selected and divided into experimental and control group with 50 subject in each group.	The experimental group attended nine childbirth preparation class sessions and control group received routine antenatal care.	Primiparous women attended childbirth preparation classes acquired lower score of childbirth fear in compare to women received routine prenatal care . The results of this research showed relaxation training decreased childbirth fear and increased normal vaginal delivery. The mean scored fear of childbirth in case and control group were 39.35 ± 6.96 and 40.71 ± 6.23 respectively. There was not significant difference between two groups . After the sessions, comparing childbirth fear score between two groups in third trimester showed the mean score of childbirth fear among experimental group was lower than control group (29.82 ± 7.18 compare to 38.03 ± 9.27), and the differences statistically was significant ($p < 0.001$). Mode of delivery was significantly different between the two groups.
24	The effect of education on base the Theory of Planned Behavior toward normal delivery in pregnant women with intention elective cesarean [11]	2010 to 2011	Iran	This semi- experimental study was carried out on a sample of 200 pregnant women who referred to the obstetrics offices of Zahedan during winter 2010 to summer 2011 by using non-probability sampling-test, Chi-Square and Logistic regression were used for data analysis.	Intervention group received training according to theory of planned behavior . After doing pretest using a validated and reliable questionnaire in both groups. Post- test was conducted after one month in both study groups.	The study finding showed that, education based on theory of planned behavior significantly increased natural delivery among study participants . Accordingly, it is recommended to adapt a policy which pregnant women to receive elective cesarean section training packages according to this theory and attend related group discussions. Findings showed a significant statistical differences between two groups' knowledge, attitude and perceived behavior control, subjective norms and behavior scores after intervention ($P < 0.001$). Regression analysis revealed that behavioral intention and perceived control were two greatest predictors of behavior . Overall, natural delivery was seen in 22% of women in intervention group compared with 4% in control group.
25	Nulliparous pregnant women's	2012		Qualitative study of nulliparous pregnant women's narratives before and after CBT. Fifteen	Nulliparous women who were between 18 and 30 weeks pregnant were invited to participate in	Following the ICBT programme, participants changed their attitude towards imminent childbirth from negative to more positive . This

	narratives of imminent childbirth before and after internet based cognitive behavioral therapy for severe fear of childbirth: a qualitative study [78]	to 2013	Sweden	nulliparous pregnant Swedish women with severe fear of childbirth participating in an ICBT self-help program . Semi-structured open-ended questions over the internet before and after 8 weeks of ICBT . The data were analyzed using thematic analysis	the study via the internet and self-registered to participate between January 2012 and December 2013. We used the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) version A to identify women with severe FOC (cut-off for severe FOC is a W-DEQ sum score ≥ 85). All women who participated in the study gave written informed consent. They continued with their routine antenatal programme at their home clinic at the same time. The internet-based 8-weeklong self-help CBT programme consisted of psycho-education, cognitive restructuring, exposure both imaginary and in vivo, as well as relapse prevention. The programme used weekly modules and included questions about the information but also tasks to self-train daily. The participants reported on their homework weekly , filled in measurements of their fear and received written feedback using a closed, scripted contact system, via a participant-specific homepage with two different degrees of protection (analogous to bank security systems).	was manifested in positive and more realistic expectations regarding themselves, their partner and the staff that would look after them. After therapy, participants described a more realistic attitude towards imminent childbirth, more self-confidence and more active coping strategies . They perceived their partners and the staff as more supportive. They were more aware of the approaching meeting with their baby when giving birth.
26	Impact of clinical audits on cesarean section rate [79]	2008 to 2011	Taiwan	We retrospectively analyzed 3781 pregnant women who gave birth in a medical center between January 2008 and January 2011 . Pregnant women who delivered between January 2008 and July 2009 were enrolled as the pre-audit group (n ¼ 1592). After August 2009,	Monthly clinical audits and feedback on CS cases were implemented in August 2009. Thereafter, all CS cases were briefly audited in triweekly obstetric morning meetings. Cases with ambiguous CS indications were reviewed in greater detail during the monthly CSR audit conference to determine whether or not CS was	Clinical audits appear to be an effective strategy for reducing the CSR . Therefore, we recommend strict monitoring of the indications in dystocia for cesarean section to reduce the CSR . The overall CSR (34.5% vs. 31.1%, adjusted odds ratio [OR] ¼ 0.83, p ¼ 0.008) and the cesarean section rate due to dystocia (9.6% vs. 6.2%, p < 0.001) were significantly lower in the audit group than the pre-audit group. However, there was no significant

				all cesarean section cases that were audited were enrolled in the audit group (n ¼ 2189). The CSR was compared between groups.	appropriate. Consensus on the indication for CS was reached by all eight members of the obstetric staff participating in the audit conference on the basis of the following specific criteria. Dystocia was defined as cervical os dilatation_ 4 cm, arrest of dilation for at least 2 hours, and well-forced uterine contractions during the study period.	difference in the rate of operative vaginal delivery between groups. Consensus on the unnecessary for cesarean section was achieved in 16 (8.2%) of 195 audit cases in the monthly audit conference. In nulliparous pregnant women (n ¼ 2148), multivariate analysis revealed that clinical audit (OR ¼ 0.78), maternal age (OR ¼ 1.10), gestational age at delivery (OR ¼ 0.80), and fetal body weight at birth (OR ¼ 1.0005) were independent predictors of cesarean section (all p < 0.05). Most variables of maternal and perinatal morbidity and mortality did not differ before and after audits were implemented.
27	Therapeutic group psych education and relaxation in treating fear of childbirth [80]	1998 to 2002	Finland	Finnish nulliparous women experiencing severe fear of childbirth (experimental group, 102) attended 5 group sessions with a psychologist, once together with a midwife, during the third trimester.	One session was held 3 months after the delivery. Each session consisted of a discussion of fear and feelings towards the impending birth and parenthood in a psychotherapeutic atmosphere and of relaxation exercises focused on an imaginary childbirth. The results were compared with those of 85 women treated for fear of childbirth by 2 appointments with an obstetrician (conventional treatment).	Group psych education and relaxation exercises were well received and rated as very helpful . More cesarean section requests were Withdrawn than in the comparison group and in previous studies. Before the sessions, among the women in the experimental group, scored fear of childbirth, on a scale of one to ten, was 6.99/2.0 (SD), which is similar to the score of those receiving conventional treatment (6.09/1.6). After the sessions, 84 women in the experimental group (82.4%) and 57 in the conventional treatment group (67.1%) chose to have a vaginal delivery (p_/0.02). The women in the experimental treatment group rated the helpfulness of the sessions 8.59/1.6 on a scale where 10 was maximum help and 1 no help at all, and mentioned “sharing their feelings” twice as often as “receiving information” as the most helpful factor in relieving fear.

پیوست دوم

محتوای کارگاه های آموزشی متخصصان زایمان

آموزش موثر برای

ارتقای خودکارآمدی مادران و کاهش سزارین انتخابی

(ویژه مدرسان کلاس های آمادگی بارداری و زایمان)

فصل اول: سزارین انتخابی در ایران، زمینه ها و ضرورت ها	۷۴
چرا باید میزان سزارین انتخابی را در جامعه ی ایران کاهش دهیم؟	۷۵
مهمترین عوامل زمینه ساز سزارین انتخابی کدامند؟	۷۶
۱. ترس از زایمان طبیعی	۷۷
۱-۱. ترس از درد	۷۸
۱-۲. ترس از پیامدها	۷۹
۲. ناکارآمدی درک شده	۸۰
۱-۲. آگاهی و مهارت ناکافی	۸۱
۲-۲. تجارب منفی پیشین	۸۲
۳-۲. عدم حمایت درک شده	۸۳
۳. عوامل بین فردی	۸۴
۱-۳. همسر و دیگر وابستگان	۸۴
۲-۳. کادر پزشکی	۸۵
۴. عوامل محیطی - اجتماعی	۸۷
۱-۴. سیستم خدمات بهداشتی - درمانی	۸۷
۲-۴. فرهنگ، آموزش و رسانه ها	۸۹
۵. ویژگی های جمعیت شناختی و باروری	۹۰
فرآیند و الگوی اخذ تصمیم برای انتخاب نوع زایمان در زنان باردار ایرانی	۹۱
فصل دوم: ترس از زایمان طبیعی و راهبردهای کنترل آن	۹۳
۱. ماهیت و طبقه بندی ترس از زایمان طبیعی	۹۴
۲. ابزار و روش های سنجش ترس از زایمان	۹۷
۳. وضعیت ترس از زایمان در مادران باردار	۹۹
۴. راهبردها و سطوح مداخلات کنترل ترس از زایمان طبیعی	۱۰۰
۱-۴. مداخلات سطح اول: ترس طبیعی و یا خفیف از زایمان طبیعی	۱۰۲
۲-۴. مداخلات سطح دوم: ترس متوسط تا شدید از زایمان طبیعی	۱۰۲

۳-۴. مداخلات سطح سوم: توکوفوبیا و ترس بسیار شدید از زایمان طبیعی.....	۱۰۴
۵. فنونی که به تسهیل مداخلات در هر سه سطح کمک می کنند:.....	۱۰۷
۱-۵. فنون آرام سازی.....	۱۰۷
۲-۵. خلاصه سازی.....	۱۰۹
۳-۵. مشاوره.....	۱۰۹
۶. ترس و خودکارآمدی مادر باردار.....	۱۱۰
فصل سوم: اصول و روش های آموزش موثر در کلاس های "آمادگی برای زایمان"	۱۱۲
۱. اصول و مبانی آموزش بزرگسالان.....	۱۱۳
۱-۱. اصول و مبانی آموزش بزرگسالان: از نظریه تا عمل.....	۱۱۳
۲-۱. تفاوت آموزش گیرندگان بزرگسال و کودک.....	۱۱۵
۳-۱. کاربرد اصول آموزش بزرگسال در کلاس های آمادگی زایمان.....	۱۱۶
۲. اصول و روش های بحث و آموزش گروهی.....	۱۱۸
۱-۲. مدیریت بحث گروهی و تسهیل فرآیند یادگیری.....	۱۲۰
۲-۲. آشنایی با فواید بحث گروهی.....	۱۲۰
۳-۲. بحث گروهی: نقش ها و اقدامات.....	۱۲۴
۱-۳-۲. نقش های سازنده.....	۱۲۴
۲-۳-۲. نقش های تبیینی.....	۱۲۵
۳-۳-۲. نقش های پردازنده.....	۱۲۶
۴-۲. چهره ها (گفتارها و رفتارهای) خاص در فرآیند بحث گروهی.....	۱۲۷
۱-۴-۲. چهره های مزاحم:.....	۱۲۷
۲-۴-۲. چهره های مخرب.....	۱۳۱
۳. اصول و مبانی مصاحبه ی انگیزشی.....	۱۳۶
۱-۳. مولفه ها و اصول مصاحبه ی انگیزشی.....	۱۳۸
۱-۱-۳. اصول مصاحبه ی انگیزشی.....	۱۳۹
۲-۱-۳. مهارت های ضروری.....	۱۴۲
۳-۱-۳. گفتگوی تغییر.....	۱۴۹
۴-۱-۳. روح و معنا.....	۱۵۰
۲-۳. مراحل انجام یک مصاحبه ی انگیزشی.....	۱۵۲
۱-۲-۳. گام اول: ایجاد ارتباط و حسن تفاهم.....	۱۵۳

- ۲-۲-۳. گام دوم: تعیین دستور کار ۱۵۴
- ۳-۲-۳. گام سوم: ارزیابی آمادگی برای تغییر ۱۵۵
- ۴-۲-۳. گام چهارم و پنجم: شفاف سازی اهداف و تشخیص تعارضات ۱۶۰
- ۵-۲-۳. گام ششم: استخراج بیانات حاکی از خودانگیزختگی ۱۶۵
- ۶-۲-۳. گام هفتم: اداره کردن مقاومت ۱۷۰
- ۷-۲-۳. گام هشتم: جابه جایی موضوع هدف ۱۷۰

فصل اول

سزارین انتخابی در ایران

زمینه ها و ضرورت ها

در پایان این فصل فراگیر قادر خواهد بود:

۱. وضعیت سزارین انتخابی و روند آن را در ایران تشریح نموده و با دیگر کشورهای جهان مقایسه نماید.
۲. دامنه ی فراوانی مورد انتظار زایمان به شیوه ی سزارین را از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی بیان نموده و وضعیت ایران را تحلیل نماید.
۳. عوامل فردی، بین فردی و محیطی (برون فردی) زمینه ساز سزارین انتخابی در ایران را تشریح نماید.
۴. الگوی ناکارآمدی و احساس عدم امنیت در خصوص زایمان طبیعی در زنان باردار ایرانی را تشریح نماید.

چرا باید میزان سزارین انتخابی را در جامعه ی ایران کاهش دهیم؟

انجام سزارین در شرایطی همچون سخت زایی، قرار نامطلوب (غیر طبیعی) جنین به هنگام زایمان و زجر جنینی می تواند از آسیب های احتمالی جلوگیری کرده و حتی زندگی مادر و جنین را نجات دهد که تقریباً در ۱۵-۵٪ از بارداری ها رخ می دهد [۴۵]. در صورتی که هیچگونه ضرورت پزشکی و یا پیش بینی مخاطره آمیزی وجود نداشته باشد و انجام سزارین صرفاً به درخواست مادر انجام شود به آن سزارین انتخابی اطلاق می گردد. علاوه بر ضروریات پزشکی، عوامل متعدد غیر پزشکی زمینه ساز سزارین هستند که در این میان **تقاضای مادران باردار** مهمترین آنها است. بر اساس یکی از آخرین آمارهای ارائه شده، بالاترین میزان سزارین در آمریکای لاتین در کشورهای برزیل (۵۵/۶٪) و جمهوری دومینیکا (۵۶/۴٪)، در آفریقا در کائیب و مصر (۵۱/۸٪)، در اروپا در ایتالیا (۳۸/۱٪)، در آمریکای شمالی در ایالات متحده (۳۲/۸٪) و در اقیانوسیه در نیوزیلند (۳۳/۴٪) به چشم می خورد [۴،۲۵،۸۱].

بالاترین میزان سزارین در قاره ی آسیا متعلق به ایران (۴۷/۹٪) و ترکیه (۴۷/۵٪) است

که پس از آمریکای لاتین و آفریقا بیشترین فراوانی را در جهان نشان می دهد [۲].

طی سه دهه ی گذشته سزارین انتخابی در ایران سیر صعودی داشته به طوری که از ۱۹/۵٪ در سال ۱۳۵۵ به ۴۲/۳٪ در سال ۱۳۸۵ رسیده است [۳۳]. میزان سزارین انتخابی در مراکز درمانی مرجع و بیمارستان های خصوصی تفاوت چشمگیری داشته است و گاه افزایش ۶ برابری را در مقایسه با مراکز درمانی دولتی نشان داده است [۱۰]. نتایج یک مطالعه ی فرا تحلیل در سال ۲۰۱۴ حاکی از رخداد ۸۷٪ سزارین انتخابی در برخی از مؤسسات خصوصی ایران است [۳۲].

سازمان بهداشت جهانی میزان مورد انتظار زایمان به شیوه ی سزارین را ۱۵-۱۰٪ اعلام می نماید که دربرگیرنده ی مواردی است که زایمان طبیعی به دلایل موجه پزشکی قابل انجام نیست.

سزارین غیرضروری یا انتخابی می تواند زمینه ساز عوارض مادری مانند خونریزی پس از زایمان، پارگی رحم، جدا شدن زودرس جفت و تزریق خون به مادر و عوارض نوزادی همچون مرگ نوزاد، مرده زایی، زایمان زودرس، نمره آپگار پایین [۸۲] همچنین افزایش خطر چاقی در کودک [۸۳] و کاهش باروری و افزایش عوارض جفت در حاملگی های بعدی، خطر ابتلا به بیماری های تنفسی، بیماری های التهابی روده، چاقی و دیابت نوع ۱ در کودکان شود [۴۵]. میزان مرگ و میر مادر در اثر سزارین ۲ تا ۸ برابر زایمان طبیعی و میزان مرگ و میر نوزاد به ازای هر هفته زودتر انجام شدن سزارین به دو برابر افزایش می یابد. از سوی دیگر افزایش میزان سزارین بار اقتصادی قابل توجهی را بر خانواده و سیستم بهداشت و درمان تحمیل می کند به گونه ای که در مقایسه با زایمان طبیعی بار مالی بیش از ۱۵ تا ۲۰٪ برای جامعه در بر خواهد داشت [۸۴].

مهمترین عوامل زمینه ساز سزارین انتخابی کدامند؟

مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف نشان می دهند که اکثریت قریب به اتفاق مادرانی که یک بار سزارین شده اند در صورت بارداری مجدداً سزارین خواهند شد از این رو سزارین پیشین از مهمترین عوامل موثر بر سزارین انتخابی است [۴۳، ۸۵]. امروزه در بسیاری از کشورهای غربی که پیشگام کنترل سزارین انتخابی بوده اند چالش اصلی تشویق و ترغیب مادرانی است که سزارین قبلی داشته اند؛ نه مادران نخست زایی که برای اولین بار زایمان را تجربه می کنند. با این حال نگاهی به برنامه های کنترل سزارین در این کشورها در گذشته و حال نشان می دهد که توجه به طیف وسیعی از عوامل فردی و محیطی - اجتماعی جهت دستیابی به هدف کاهش سزارین انتخابی ضروری است؛ هر چند در برنامه ریزی های بهداشتی تکیه بر شرایط بومی و فرهنگی کشورها شرط ضروری بوده و اقتباس بی کم و کاست مداخلات صورت گرفته در کشورهای دیگر لزوماً نمی تواند راهگشای مسائل کشورهای در حال توسعه باشد. از این رو شناخت دقیق عوامل موثر

بر انتخاب سزارین در مادران باردار، اولین قدم در برنامه ریزی های مبتنی بر شواهد با هدف پیشگیری از روند رو به افزایش سزارین انتخابی در یک جامعه محسوب می گردد. با توجه به تحقیقات صورت گرفته در این حوزه موارد ذیل از مهمترین عوامل زمینه ساز سزارین انتخابی در مادران باردار است:

۱. ترس از زایمان طبیعی

بارداری و زایمان از جمله فرآیندهای فیزیولوژیک شناخته شده در زندگی زنان محسوب می شوند که در بستر اجتماعی و فرهنگی جوامع رخ می دهند. همچنین در بعد فردی، بارداری و زایمان فرآیندی غیرقابل پیش بینی و ناشناخته است به طوری که به عنوان تجربه ای بی همتا و خاص در زندگی هر زن، منجر به تغییر چشمگیر شده و می تواند به صورت رخدادی استرس زا ادراک شود. برای اکثریت مادران باردار، زایمان تجربه مثبتی است؛ با این وجود برای تعداد قابل توجهی از آنان به صورت موقعیت تهدید آمیز و حتی خطرناک تلقی شده و تجربه ی ترس را به همراه خواهد داشت [۸۶، ۸۷]. اگر چه ترس از زایمان و ارتباط آن با سزارین انتخابی، قریب به ۴۰ سال در جوامع توسعه یافته به ویژه کشورهای اروپای غربی، اسکاندیناوی و استرالیا مورد مطالعه بوده ولی کمتر مورد توجه کشورهای در حال توسعه و عمدتا غیر غربی واقع شده است. این بدین معنا نیست که زنان کشورهای مذکور از زایمان نمی ترسند، بلکه به نظر می رسد میزان بالاتر مرگ و میر مادری و نوزادی در این کشورها می تواند زمینه ی ترس بیشتری از زایمان را در مادران باردار ایجاد نماید [۸۶]. اطلاعات موجود در خصوص روند رو به رشد سزارین انتخابی در این جوامع تاییدی بر این مدعا است. نتایج مطالعات انجام شده در ایران نیز همچون بسیاری از کشورهای جهان، نقش پر رنگ "ترس از زایمان" را در انتخاب نوع زایمان از سوی مادران باردار تایید نموده و ارتباط مستقیم آن را با سزارین انتخابی نشان داده است [۳، ۲۵، ۲۷، ۲۹، ۳۲].

تجربه ی احساس ترس به قوه ی ادراک فرد از موقعیت بستگی دارد و نوعی واکنش طبیعی به موقعیت تهدیدآمیز است [۸۷]. شواهد موجود نشان می دهند که پدیده ی ترس از زایمان در جمعیت زنان باردار طیف وسیعی داشته و از مادرانی که اصلا نمی ترسند تا آنهایی که ترس بسیار شدیدی دارند را در بر می گیرد [۸۷]. مطالعات انجام شده در کشورهای غربی نشان می دهند که حدود یک چهارم از زنان باردار ترس از زایمان را تجربه می کنند. همچنین گزارشاتی مبنی بر احساس ترس شدید از زایمان در طیف گسترده ای از زنان باردار (۱۰ تا ۵۰ درصد) در جوامع مختلف وجود دارد [۸۶،

[۸۷]. شواهد محدودی در ایران نیز نشان می دهند که در حدود نیمی از زنان نخست زایمان را تجربه می کنند و اکثریت این افراد درخواست زایمان به شیوه ی سزارین دارند [۲۹].

ترس از زایمان طبیعی در مادران باردار را در صورتی که از جمله ترس های ذاتی و بیمارگونه نباشد می توان در ۲ دسته ی عمده ذیل طبقه بندی کرد: ۱. ترس ناشی از درد زایمان (دست و پنجه نرم کردن با یک فرآیند غیرقابل کنترل، غیر قابل پیش بینی و گاهی طولانی مدت)، ۲. ترس ناشی از پیامدهای منفی زایمان (آسیب های جنینی: خطرات احتمالی زایمان طبیعی همچون فشارهای وارده در هنگام زایمان به اندام های جنین و آسیب های برگشت ناپذیر ناشی از آنها، و آسیب های مادری: اختلالات حین زایمان همچون پارگی و خونریزی که می تواند اثرات پایداری بر عملکرد جنسی و باروری مادر داشته باشد) [۳، ۲۲، ۲۷، ۲۹، ۳۹، ۴۵، ۴۶، ۸۸].

۱-۱. ترس از درد

ترس از درد بر شیوه ی واکنش نسبت به اطلاعات دریافت شده و چگونگی ارزیابی درد ادراک شده و پیامدهای آن تاثیر می گذارد. مطالعات انجام شده بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن نشان می دهد که ترس مربوط به درد می تواند نسبت به خود درد ناتوان کننده تر باشد؛ به ویژه هنگامی که به همراه اجتناب از درد باشد. ترس باعث می شود که واکنش پذیری جسمانی- روانشناختی افراد، تحت تاثیر بیش از حد عوامل تهدید کننده قرار گرفته و نسبت به نشانه های احتمالی خطر با شدت بیشتری واکنش نشان دهند [۸۹].

مطالعه ای بر روی زنان باردار در مجارستان نشان داد که بیش از ۸۰٪ زنان با حاملگی کم خطر درجاتی از ترس را تجربه می کنند که در برخی از جوامع شایع ترین علت سزارین انتخابی است [۷۷]. ترس از درد زایمان با ترس از درد به طور کلی ارتباط تنگاتنگ دارد [۸۹]. درد زایمان پدیده ای است که علاوه بر اثرات جسمانی می تواند باعث آشفتگی مادر شده، سلامت روان او را مختل کرده و موجب نگرانی و اضطراب او نسبت به حاملگی بعدی شود [۹۰]. درخواست سزارین انتخابی می تواند به عنوان یک رفتار یا راهبرد مقابله اجتنابی در برابر درد زایمان طبیعی به کار گرفته شود [۹۱]. نتایج حاصل از مطالعات صورت گرفته در کشور ما نیز نشانگر اهمیت ترس مادران باردار از درد زایمان و نقش موثر آن بر سزارین انتخابی است. بر اساس یافته های موجود بیش از ۷۰٪ از سزارین های انتخابی انجام شده در شهر بابل (۱۳۸۶) به دلیل ترس از درد زایمان بوده است [۹۲]. همسو با این گزارش، نتایج مطالعه ی ظفرقندی و

همکاران در سال ۱۳۸۲ در تهران نیز نشانگر تجربه ی ترس در ۶۰٪ زنان باردار ساکن تهران است که این میزان در زنانی که درخواست سزارین داشتند به شکل معنادار بیشتر بود [۹۳]. علاوه بر یافته های کمی، نتایج حاصل از مطالعات کیفی انجام شده نیز اهمیت درد زایمان و ترس ناشی از آن را در انتخاب سزارین از دیدگاه مادران نشان داده اند. در مطالعه ای که عباس پور و همکاران در سال ۱۳۹۳ بر روی زنان باردار اهوازی انجام دادند مشارکت کنندگان به ترس از درد زایمان به عنوان یکی از مهمترین عوامل موثر بر تصمیم آنان برای سزارین انتخابی اشاره نمودند. جملات ذیل نمونه ای از اظهارات مادران شرکت کننده در مطالعه ی فوق الذکر است که توسط مادری ۲۸ ساله که اولین بارداری خود را تجربه می کرد و نهایتاً زایمان به شیوه سزارین را انتخاب نموده بود بیان شده است: "زایمان طبیعی همش درده، هیچ بی حسی نداره، بیهوشی نداره، هیچی توش دخیل نیست همش زور زدن مادره تا این که بتونند بچه را به دنیا بیارند به خاطر همین خیلی ترس داشتم حاضر نبودم تجربه اش کنم." این مادر با اشاره به تداوم این درد تا زمان به دنیا آمدن نوزاد اظهار می داشت: "تو زایمان طبیعی مرحله ای که می خواد بچه بدنیا بیاد بازم درد داره که خیلی ها میگن به دقیقش مثل یه روزه یا مثل یه ساله، اینجوری تشبیهش می کنند" [۹۰].

۱-۲. ترس از پیامدها

علاوه بر درد زایمان و تردید در توان تحمل آن، احتمال آسیب های وارده به جنین و نوزاد و همچنین تغییرات مرتبط با بارداری و زایمان که در مادر ظاهر می شوند از مهمترین دلایل ترس از زایمان هستند. در مطالعه ی محمدزاده که با هدف بررسی عوامل موثر بر تمایل به سزارین در زنان ساکن شهر تهران انجام شد، متغیرهای مربوط به پیامدهای نوزادی از جمله تحت فشار قرار نگرفتن سر نوزاد و عدم دررفتگی شانه یا وارد آمدن سایر آسیب های جسمی به نوزاد با سزارین انتخابی، همبستگی قابل توجهی نشان داد [۱۷]. نتایج مطالعه ی کیفی رهنما در سال ۱۳۹۵ نیز تاثیر نگرانی مادران را در خصوص پیامدهای منفی زایمان بر افزایش تمایل آنها برای انتخاب سزارین نشان داد. در این مطالعه به عنوان مثال یکی از مشارکت کنندگان نخست زایمان را عنوان کرد که "من همیشه نگران بودم که در طول زایمان طبیعی به بچه ام آسیب برسد. بنابراین من تصمیم گرفتم که زایمان سزارین داشته باشم" [۳۵]. در همین رابطه پیامدهای مادری از جمله آسیب های جدی اندام تناسلی و دستگاه تولیدمثل همچون افتادگی مثانه و رحم که موجب مشکلات ادراری و اختلال در عملکرد جنسی و کیفیت آن می گردد از دلایل مهم زمینه ساز ترس و اجتناب مادران باردار از زایمان طبیعی است. همچنین تغییر فرم

بدن و از دست دادن تناسب اندام به ویژه در زنانی که بیشتر به ظاهر خود اهمیت می دهند را نیز نباید از نظر دور داشت [۸۴، ۴۵]. نقل قول هایی که در ادامه آورده می شوند شاهی بر این مدعا است: "من فکر می کنم که رحم شکل اصلی اش را از دست خواهد داد. بنابراین من دوست ندارم زایمان طبیعی داشته باشم. بله، داشتن زایمان طبیعی خوب است ولی من دوست دارم ظاهرم را حفظ کنم." (مادر ۲۹ ساله، اولین بارداری) [۳۵]. "وقتی مادری وارد سیستم درمانی می شود نگران نوع زایمان و وضعیت جنین خود است و اینکه آیا بعد از زایمان سالم خواهد ماند. همچنین نگران اثرات زایمان روی خود و جنینش است." (خصوصیات مادر بیان نشده بود) [۶].

۲. ناکارآمدی درک شده

بسیاری از زنان از درد زایمان وحشت دارند چرا که آن را خارج از توان تحمل خود ارزیابی کرده و نگران سلامت خود و نوزادشان هستند [۹۴]. مروری بر تحقیقات صورت گرفته در این حوزه نشان می دهد آگاهی ناکافی و عدم برخورداری مادران از مهارت های مورد نیاز در زمینه ی بارداری و زایمان، تجارب منفی مستقیم و غیرمستقیم آنان در خصوص زایمان طبیعی و احساس عدم حمایت از سوی کادر پزشکی از جمله مهمترین عوامل زمینه ساز این احساس ناکارآمدی است. بر اساس نظریه ی شناختی اجتماعی، خودکارآمدی عبارت است از ارزیابی یک فرد از توانایی خود در مقابله با شرایط استرس زا و انجام یک رفتار خاص برای دستیابی به یک پیامد خاص [۴۹، ۲]. مطالعات نشان داده اند زنان بارداری که زایمان سزارین را ترجیح می دهند در طول سه ماهه ی دوم و سوم بارداری، خودکارآمدی پایین تری داشتند و این افراد ترس بیشتری از زایمان و از دست دادن کنترل در طول زایمان تجربه می کنند. به عبارت دیگر در شرایطی که مادر تصور نماید که بر فرآیند زایمان کنترلی ندارد، ممکن است این احساس ناکارآمدی منجر به ترس و گریز از زایمان طبیعی شده و او را به سمت انتخاب سزارین سوق دهد [۹۴]. از این رو رابطه ی بین ترس و خودکارآمدی برای زایمان طبیعی در انتخاب شیوه ی زایمان شایان توجه است [۴۹، ۳۶]. در تایید این مطلب، نتایج مطالعه ی ونگ بر روی زنان زایمان کرده ی چینی در سال ۲۰۱۵ نشان داد که تصمیم آنان برای زایمان سزارین نه تنها به علت ترس از زایمان، بلکه ناشی از عدم توانایی درک شده ی مادر برای انجام این فرآیند بود [۵۶]. همچنین مطالعات صورت گرفته در ایران نیز نشان می دهد که احساس ترس و عدم امنیت مادر باردار در انتخاب سزارین از سوی او نقش محوری دارد [۴۸، ۲] که از سوی آنان نیز به صورت شفاف بیان می شود "برخی افراد فکر می کنند که می توانند زایمان

طبیعی / انجام دهند اما من احساس کردم که نمی توانم درد آن را تحمل کنم (مادر ۲۴ ساله، در حال زایمان). [۵۶]. در همین رابطه نتایج مطالعات نشان داده است زنان با خودکارآمدی بالا به جای استفاده از داروهای ضد درد از مهارت های شناختی و رفتاری برای مدیریت درد زایمان استفاده می کنند [۹۶].

۱-۲. آگاهی و مهارت ناکافی. عواملی نظیر آگاهی ناکافی و عدم برخورداری مادران باردار از مهارت های مورد نیاز در خصوص بارداری و زایمان و سبک زندگی می تواند در مادر باردار زمینه ساز احساس ناکارآمد بودن برای انجام زایمان طبیعی باشد. در مطالعات انجام شده زنان عنوان کردند که به اطمینان، صمیمیت و دانش نیازمندند چون آن ها اطلاعات کافی و دقیقی از روش های مختلف زایمان و مشکلات مربوط به هر کدام، طول دوره ی بستری شدن در بیمارستان و فواید زایمان طبیعی نداشتند و آگاهی آنان از فرآیند زایمان مانند مراحل درد و ماهیت واقعی آن بسیار کم بود [۵۴، ۶]. به طوری که به عقیده ی برخی مادران وقتی مراقبان بهداشتی اطلاعات درست و واضحی درخصوص زایمان طبیعی و نتایج آن می دهند، بیشتر احتمال دارد که زایمان طبیعی را انتخاب کنند [۳۵]. نتایج مطالعه ی عالی و معتمدی بر روی زنان باردار کرمانی نشان داد که ۶۱٪ مادران، آگاهی کمی در خصوص روش های زایمان داشتند، هر چند از نگرش مثبتی نسبت به زایمان طبیعی برخوردار بودند، که این ممکن است منعکس کننده ی دیدگاه سنتی به فرایند زایمان در جامعه ی ما باشد [۹۷]. نتایج دیگر مطالعات نشان می دهد، زنانی که همسرانشان در حیطه های آموزشی یا پزشکی مشغول به کار بودند، نگرش بهتری نسبت به زایمان طبیعی داشتند که ممکن است به علت اطلاعات دقیق و معتبری باشد که آن ها از همسران خود در خصوص راه های طبیعی زایمان و نتایج زایمان سزارین غیرضروری دریافت می کنند [۳۵]. در سال ۱۳۹۰ مهارلویی و همکاران مطالعه ای در خصوص انتخاب نوع زایمان در مادران باردار استان فارس انجام دادند و نتایج نشان داد که دانش مادران در رابطه با عوارض جنینی و مادری ناشی از زایمان سزارین ناکافی است و زنان با سطح پایین تر آگاهی و نگرش مثبت نسبت به سزارین، بیشتر احتمال داشت که این نوع زایمان را انتخاب کنند [۳۷]. علاوه بر دانش مورد نیاز در خصوص سیر بارداری و زایمان، برخورداری از اطلاعات صحیح و مهارت های مورد نیاز برای اتخاذ سبک زندگی مناسب نیز می تواند بر اطمینان مادران باردار جهت انجام زایمان طبیعی بیافزاید، به طوری که سبک زندگی کم تحرک و دنبال نکردن یک رژیم غذایی سالم که گاه با افزایش وزن بیش از حد جنین همراه است، توانایی جسمانی زنان را برای زایمان طبیعی کاهش می دهد [۳۵].

۲-۲. تجارب منفی پیشین. پژوهش‌های بسیاری در دنیا، تجربیات پیشین سخت، دردناک و پیچیده‌ی زایمان را یکی از عوامل احساس ترس و ناکارآمدی مادران باردار از انجام زایمان طبیعی و در نهایت انتخاب سزارین می‌دانند. ممکن است عوامل زمینه‌ای شناخته نشده یا ترس اولیه‌ی تشخیص داده نشده از زایمان در میان کسانی که تولد نوزاد را به عنوان حادثه‌ای آسیب‌زا تجربه می‌کنند وجود داشته باشد. زنانی که تجربه‌ی زایمان طبیعی سخت داشته‌اند، افکار و احساسات منفی زیادی را بیان کرده‌اند و استرسی مشابه زنان با تجربه‌ی سزارین اورژانسی در آنها به چشم می‌خورد. بررسی‌های جدید نشان می‌دهند زایمان می‌تواند موجب اختلال استرس پس از سانحه^۱ یا واکنش‌های ناگهانی استرس، عمدتاً در نتیجه‌ی درد غیر قابل تحمل در هنگام زایمان یا یک مشکل غیر منتظره مانند سزارین اورژانسی، شود. این اختلال می‌تواند خود را به صورت یک واکنش طولانی مدت نسبت به یک تجربه نشان دهد که شامل تهدید به مرگ و یا آسیب به خود یا فردی نزدیک است و به صورت اضطراب با ارجاعات مکرر از رویداد اولیه و تلاش برای اجتناب از موقعیت‌های مشابه و احساسات کرخت‌کننده و اختلال خواب بیان می‌شود. در مطالعه‌ی انجام شده بر روی ۲۷۶ مادر باردار و همسران آنان در شهر هلسینکی (پایتخت فنلاند)، ترس از سزارین اورژانسی پس از تحمل دردهای زایمانی و غافلگیر شدن در طی مراحل زایمان از عواملی بود که مادران در تجارب شنیداری خود از آن یاد می‌کردند؛ آن‌ها ترجیح می‌دادند که قبل از تحمل هر گونه دردی و به شکل پیشگیرانه اقدام به سزارین نمایند تا حداقل از عوارض زایمان طبیعی از جمله درد زایمان‌رهایی یابند [۸۹]. شواهد دیگری در دست است که نشان می‌دهد مادران بر اساس تجربیات خود و اطلاعات به دست آمده از افراد خانواده و اطرافیان عقیده دارند که فنون و روش‌های فعلی انجام زایمان طبیعی، قدیمی و فاقد راهکارهای مناسب کاهش درد و یا روش‌های آرام‌سازی هستند و از نظر آن‌ها امروزه انجام زایمان با فنونی قدیمی همراه با درد و عذاب زیاد به ویژه وقتی این فنون توسط ماماها کم‌تجربه و جوان مورد استفاده قرار می‌گیرند غیرقابل قبول است [۹۰]. در مطالعه‌ی کیفی انجام شده توسط عباس پور و همکاران بر روی زنان باردار یا زایمان کرده‌ی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها یا مراکز بهداشتی اهواز، مادر ۲۳ ساله نخست‌زا، تجربه‌ی خود در خصوص ترس از سختی زایمان طبیعی و در نهایت انتخاب سزارین را این گونه بیان می‌کند: "چند مورد بودند که زایمان طبیعی داشتند و خیلی زایمان سختی داشتند، اصرار داشتند به من که بهتره سزارین شوی" [۹۰]. همچنین مادر ۲۷ ساله، بعد از

^۱ Posttraumatic stress disorder (PTSD)

اولین زایمان سزارین خود گفت: "من حتی فیلم زایمان طبیعی را وقتی دیدم دلم یه جوری شد اتفاقا چند روز پیش بود که تلویزیون هم یه قسمتی رو نشون می داد واقعا اضطراب گرفتم یعنی وقتی نگاه می کردم وحشت اون خانمو می دیدم اینقدر ناراحت شدم من دقیقا اشکم درآمده بود از ترس" [۹۰]. همین طور مادری ۳۴ ساله، بارداری اول، در خصوص تجربه ی یکی از آشنایان خود این چنین بیان می نمود: "آخه من دیدم از آشناهای خودمون دکتر گفته طبیعی زایمان کن رفته اتاق زایمان دردش رو کشیده بعد از ۴ تا ۵ ساعت درد مداوم تازه دکتر گفته خانم الان بدنت آمادگی برای زایمان طبیعی ندارد برای سزارین آماده اش کنید. این چیزها هم به وفور دیدم جاری خودم، عروس عمومی مامانم این ها مواردی بودند که کلی درد کشیدند جالبه که دکتر در ماه های دوم و سوم بارداری گفته لگنت طبیعی و شما می تونید." [۹۰].

از سوی دیگر ترس از آسیب جنین در هنگام زایمان به شدت با احساس ناکارآمدی مادر باردار برای انجام زایمان طبیعی مرتبط است. علاوه بر این که ترس از قطع ارتباط با واقعیت و احساسات مختلفی همانند ناامیدی و درماندگی وجود دارد. این گونه ترس ها از یک سو از رویدادهای آسیب زای دوران کودکی مادر (به عنوان مثال رها شدن یا مورد سوء استفاده قرار گرفتن) و از سوی دیگر، از تجارب قبلی مورد غفلت واقع شدن او در هنگام درخواست کمک (به عنوان مثال در تماس های قبلی با مراکز مراقبت های پزشکی) نشأت گیرد که نتیجه ی آن بی اعتمادی نسبت به کادر پزشکی و افزایش درماندگی و ناامیدی است. شایان ذکر است حوادث آسیب زا در دوران کودکی اغلب توسط مادر به طور فعال فراموش شده اند و او منشا ترس های خود را درک نمی کند [۸۹]. همچنین با نزدیک شدن زمان زایمان، عدم اطمینان و ترس از درد زایمان طبیعی، سطح اضطراب زنان را افزایش داده و بر زنانی که زایمان سزارین را ترجیح می دهند، می افزاید [۴۵].

۲-۳. عدم حمایت درک شده. از نظر زنان باردار عوامل بیرونی نظیر مراقبت نامناسب و ناکافی در زمان زایمان و ارتباط نامطلوب مراقبان بهداشتی برای ارسال اطلاعات دقیق در دوران بارداری بر انتخاب آنان در خصوص نوع زایمان تاثیر مهمی دارند. مشخص شده است در هنگام زایمان طبیعی مادرانی که از سوی ماماها حمایت مستمر دریافت می کنند کمتر احساس تنهایی می کنند و اعتماد بیشتری نسبت به خود دارند [۳۵]. از این رو، حمایت روانی و عاطفی کارکنان بهداشتی، بخصوص ماماها در دوران بارداری و مراحل زایمان باعث ایجاد حس اطمینان و اعتماد در فرد و همچنین احساس توانایی برای انجام زایمان طبیعی در زنان می شود [۹۰]. نتایج مطالعه علی محمد زاده بر روی زنان

باردار تهرانی نشان داد که حدود نیمی از زنان باردار معتقدند که پرسنل زایشگاه رفتار مناسبی با مادرانی که زایمان طبیعی انجام می دهند ندارند و این باعث نوعی ترس و اضطراب از زایمان طبیعی و تمایل به زایمان سزارین شده است [۱۷]. در یک مطالعه ی عباسپور مادر ۲۶ ساله با تجربه دو سزارین انتخابی دلیل انتخاب خود را این چنین عنوان می کند: " بعدش هم هی می آمدند با دست معاینه می کردند... خیلی معاینه می کردند خیلی ناجور و دردناک، حالا نمی دونم بخاطر اینکه دهانه ی رحم را باز کنند یا اینکه اندازه بگیرند یا بخاطر چی بوده. بعد بخاطر این که چند نفر رو دیده بودم که شب تا صبح همه دردا را کشیدند بعد از پزشکای دور و برشون و پرستارا هم اصلا راضی نبودند / اینکه می گفتند هر دقیقه معاینه می کنند، معاینه های دردناک." [۹۰].

۳. عوامل بین فردی

۳-۱. همسر و دیگر وابستگان. بر اساس شواهد موجود اطرافیان مهم مادر باردار می توانند بر تصمیم گیری او جهت انتخاب نوع زایمان تأثیرگذار باشند. از جمله بستگان و دوستان که با در اختیار گذاشتن تجارب خود از زایمان های قبلی و مشکلات زایمان طبیعی، مادر را به سوی انتخاب سزارین سوق می دهند نتایج مطالعه ی صورت گرفته توسط بوز^۱ و همکاران بر روی ۲۹ مادر نخست زای ترکیه ای، نشان داد که تحت تاثیر القاءات اطرافیان، زایمان طبیعی برای مادران به عنوان یک عامل خطر محسوب شده که آنان را به سوی انتخاب سزارین سوق می دهد " اطرافیان من توصیه می کنند که سزارین داشته باشم تا کودکم را در معرض خطر قرار ندهم." [۵۴].

اما در بین اطرافیان مادران باردار، همسر نقشی منحصر به فرد داشته و نگرش وی از یک سو و حمایت عاطفی و روانی وی سوی دیگر از جمله مهمترین عوامل تأثیرگذار بر فرآیند بارداری و زایمان محسوب می گردد. این در حالی است که به علت ارزش های فرهنگی و مذهبی در ایران که زایمان را به عنوان "اتفاقی زنانه" می بینند، شرکت مردان در فرآیند زایمان و مراحل مختلف آن کم رنگ است. به این ترتیب مادر باردار به هنگام زایمان از حضور و حمایت های عاطفی همسر خود محروم است و اولین حضور مردان در نقش پدری و پس از زایمان تحقق می یابد. معمولاً مادران تنها وارد بخش زایمان می شوند و با درد و ترس ناشی از این فرآیند ناشناخته روبرو می شوند [۹۸]. علاوه بر این بسیاری از مردان نیز به دلیل عدم آگاهی و برخورداری از مهارت های لازم برای حمایت همسر خود در رویارویی با این فرآیند

^۱ Boz

دوران پر استرسی را تجربه کرده و گاه همسر خود را به سمت انتخاب سزارین سوق می دهند [۸۷]. با توجه به ساختار رابطه زناشویی قبل از زایمان، تولد یک کودک در خانواده می تواند موجب تقویت یا تضعیف رابطه شود. اگر کودک به عنوان یک مزاحم دیده شود، احساسات متضاد نسبت به والد بودن و نارضایتی از رابطه ی زناشویی شایع است. همچنین اضطراب مادری کردن در آینده و ناتوانی در مراقبت روزانه و غذا دادن به نوزاد باعث تشدید ترس از والد شدن می شود. ترس از والد شدن تنها مختص مادر نیست بلکه پدر نیز تحت تاثیر تجارب قبلی خویش (منتقل شده از طریق مادر و یا دیگر منابع) به این فکر می کند که چگونه می تواند ترکیب دو نقش همسری و مادری همسرش را به طور همزمان بپذیرد. همچنین تجربیات او با پدرش ممکن است نحوه پدری کردن او را در آینده پیچیده یا تسهیل کند. بر اساس شواهد موجود برای بیش از ۸۰٪ مردان زایمان همسرشان پدیده ای ترسناک محسوب می شود. ضمن این که ۲۲٪ از آنان ترس زیاد از درد و رنج همسر و جراحی به نوزاد در حین زایمان طبیعی را بیان نموده و یک پنجم از آنها درخواست کرده اند که همسرشان سزارین شود [۸۹]. در مطالعه ی عباسپور مادر ۲۷ ساله نخست زایمان اظهار می نمود "شوهرم می گفت خب شاید تو هم مثل عمه ات بد شانس بشی و بچه ات مشکل پیدا کنه من نمیتونم این ریسکو انجام بدم که تو طبیعی زایمان کنی همش اینو می گفت من این ریسکو نمی تونم انجام بدم..." [۹۰]. مادر دیگری بیان می داشت "یه خورده ترس و دلهره دارم از این که شوهرم با من دعوا کرده گفته امروز باید زایمان می کردی ولی هنوز درد ندارم. بعد شوهرم گفته که تو دیر رفتی اگه ... بلایی سر بچه بیاد و از وقتش بگذره... باید تکلیفت روشن بشه... یه جوری صحبت می کنه (شوهرم) که انگار دیگه من باید طلاقم رو بگیرم اگه این بچه از بین بره" [۹۰].

۲-۳. کادر پزشکی. برخی از مراقبان بهداشتی به ویژه متخصصان زنان و زایمان به علت عدم ارتباط مناسب با مادران و آموزش ناکافی به آن ها و به دلایلی همچون مفید و سودبخش بودن زایمان سزارین برای خود، مادر را به انتخاب این نوع زایمان تشویق و ترغیب می کنند. همان طور که گفته شد مهمترین دلیل تمایل به زایمان سزارین، ترس از زایمان طبیعی به دنبال عدم استفاده از روش های تسکین درد است. به نظر می رسد که کادر پزشکی فاقد مهارت کافی در استفاده از این روش ها است و این قشر، زایمان سزارین را به علت صرف جویی در زمان ترجیح می دهند [۳۲]. میزان دخالت پزشک در طی دهه های گذشته به حدی بوده است که برخی محققان، مهمترین علت در تصمیم به سزارین را قضاوت پزشک و شرایط محیطی حاکم بر آن دانسته اند و نه شرایط زایمانی زنان [۹۰]. یکی از عواملی که مادران را در

خصوص انتخاب نوع زایمان گیج می کند این است که اگرچه وابستگان و کادر پزشکی و بهداشتی - که مادر آنان را به چشم یک الگو می بیند و از آنان درخواست اطلاعات می کند - وی را به انجام زایمان طبیعی راهنمایی می کنند، اما در عمل خودشان زایمان سزارین انجام داده اند [۵۴]. شواهد دیگری نشان می دهد که فرآیند تولد نوزاد، روندی است که توسط پزشک در ذهن مادر ساخته می شود و مادر از ابتدای بارداری تا زمان تولد نوزاد، تحت مراقبت پزشکی و راهنمایی های کادر پزشکی در خصوص مراقبت های دوران بارداری و انتخاب نوع زایمان قرار دارد. افزایش میزان سزارین در دنیا و از جمله ایران نشان دهنده ی این است که زندگی زنان به طرز چشمگیری در حال پزشکی شدن است و به رغم عوارض و پیامدهای منفی استفاده از عمل جراحی سزارین برای مادر و کودک، همچنان شاهد افزایش آن بدون دلایل قانع کننده ی پزشکی هستیم؛ آن چنان که تصورات ایجاد شده از درد زایمان و پیامدهای زایمان طبیعی توسط پزشکان موجب می شود مادران برای رهایی از پیامدهای زایمان طبیعی به سزارین روی بیاورند [۹۹]. در حقیقت پزشک به عنوان یک فرد مرجع بر نگرش و ذهنیت مادر باردار تأثیر می گذارد، و این تأثیر به ویژه در مورد زنانی که پیش از حاملگی قصد زایمان طبیعی داشته اند، سپس تصمیم آنها از زایمان طبیعی به سزارین تغییر کرده، بیشتر مشهود است. در چند مطالعه بیان شده است که اکثریت زنان، پزشک را عامل تعیین روش زایمان دانسته اند، یعنی نگرش پزشک در انتخاب روش زایمان بسیار تأثیر گذار است و بسیاری از باورهای زن باردار در ارتباط با ترجیح سزارین به همین دلیل است [۱۰۰، ۹۹]. در مطالعه ی بوز^۱ و همکاران اکثریت زنان نخست را عنوان کردند که از کادر پزشکی درخواست حمایت و دریافت اطلاعات دارند، اما متخصصان بهداشتی بی تفاوتند، و پاسخ گو و حتی نگران هم نیستند. "من می خواهم اطلاعاتی دریافت کنم، ولی آن ها به ما اجازه نمی دهند که صحبت کنیم. کارکنان بهداشت در دسترس نیستند." [۵۴]. این اولین بارداری من است و من درمورد انواع زایمان هیچی نمی دانم. هیچ کس هیچی نمیگه. آن ها فقط من را معاینه می کنند، نه چیز دیگری. اگر برای من آموزش هایی در نظر گرفته شود، بهتر است" [۵۴]. مادر دیگری در این خصوص که دیگران و حتی متخصصانی که توصیه به زایمان طبیعی می کنند خودشان زایمان سزارین را انتخاب می کنند گفت: "آن ها به من توصیه می کنند که زایمان طبیعی داشته باشم، اما خودشان تحت زایمان سزارین و شرایط بیهوشی بوده اند. اگر زایمان طبیعی خیلی مهم است، چرا آن ها زایمان طبیعی نداشته اند؟" [۵۴]. اغلب مادران باردار، پزشکان و مراقبان بهداشتی را

^۱ Boz

موثرترین افراد در تصمیم گیری نوع زایمان معرفی کردند. به عنوان مثال در مطالعه ی رهنما مادری ۲۴ ساله، نخست زایمان کرد: "بیشتر پزشکان می گویند که زایمان طبیعی نداشته باشیم. آنها می گویند که زمان کافی ندارند. این پزشکان تلاش می کنند مادر را متقاعد به انجام زایمان سزارین کنند زیرا آنها می خواهند پول بیشتری دریافت کنند. من عقیده دارم که اول ما باید روی پزشکان تمرکز کنیم تا زنان، اگر ما می خواهیم زایمان طبیعی را افزایش دهیم" [۳۵]. همچنین مادری ۲۶ ساله، در زمان بارداری دوم خود گفت: "اگر من می توانستم درمورد آن تصمیم بگیرم قطعاً زایمان طبیعی را انتخاب می کردم، چون به زودی خوب خواهم شد. پزشکم زایمان طبیعی را رد می کند. او می گوید که بهتر است که زایمان طبیعی را انجام ندهی. بیشتر پزشکان به زایمان سزارین علاقه مند هستند" [۳۵].

۴. عوامل محیطی - اجتماعی

۴-۱. سیستم خدمات بهداشتی - درمانی. یکی از مهمترین عوامل محیطی تأثیرگذار بر انتخاب نوع زایمان سیستم ارائه ی خدمات بهداشتی درمانی است. در این بین بیمارستان های خصوصی، فقدان مراقبت های قابل قبول و مناسب دوران بارداری و تسهیلات اتاق زایمان، سیستم ضعیف آموزش ماما و رزیدنت ها و تعرفه های پایین زایمان طبیعی در مقایسه با زایمان سزارین بیشترین تأثیر را دارد و همچنین کمبود نیروهای انسانی همچون ماما و متخصص زنان و زایمان، عدم توضیح شفاف وظایف ماما و پزشک، ترس از قوانین و مقررات موجود و پزشک قانونی، پیشنهاد زایمان سزارین بدون علائم توسط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، سهم کم ماماها از تعرفه ی زایمان طبیعی و مسئولیت و نقش شرکت های بیمه جزئی از عوامل افزایش دهنده ی زایمان سزارین در سیستم بهداشت و درمان هستند [۳، ۲۲، ۲۷، ۲۹، ۳۹، ۴۵، ۴۶، ۸۸].

از سوی دیگر محیط زایمان تأثیرات عمیقی بر نحوه ی پیشرفت زایمان و نحوه ی یادآوری زنان از تجربه ی زایمانشان دارد. در ایران اغلب مادران به تخت محدود می شوند و آزادی حرکت و پیاده روی و دست یافتن به یک موقعیت زایمان راحت را ندارند. همچنین طبق قوانین بیمارستان، تزریق وریدی و محدودیت مصرف خوراکی از قوانین اجباری در اکثر بیمارستان ها هستند. شایع ترین حالت زایمان در بیمارستان ها در حالت به کمر خوابیده است و اپی زوتومی در اولین تولد، یک فرایند رایج است. اگر زنی در ایران سزارین قبلی داشته باشد تمام زایمان های بعدی وی باید به روش سزارین باشد [۹۸]. بنابراین محل تولد باید یک محیط راحت، حمایتی، و اطمینان بخش برای مادر و خانواده ی او باشد. زنان

باید با اعتماد به نفس باشند و برای پاسخ به انقباضاتشان به هر روشی که تمایل دارند، آزادی داشته باشند، همچنین حمایت جسمی و عاطفی مستمر در حین زایمان دریافت دارند [۹۹]. ترس از آسیب دیدن مادر در حین زایمان طبیعی و در نتیجه ترس از عواقب قانونی آن، بر نگرش و رفتار پزشک تأثیر گذاشته و او را به انجام زایمان سزارین سوق می دهد. از طرف دیگر مشخص بودن زمان زایمان، این امکان را به پزشک می دهد که برنامه‌ی کاری خود را تنظیم نماید. چرا که در زایمان طبیعی نامشخص بودن زمان زایمان امری بدیهی است [۳]. همچنین ماماها عقیده دارند که بار کاری بالا در اتاق زایمان عامل مهم و کمک کننده به افزایش میزان سزارین است [۶]. ماماها یا دیگر مراقبان سلامت تنها منبع حمایت از مادران در اتاق زایمان هستند؛ اگرچه اغلب به وظایف بسیار دیگری و یا مادرانی که نیاز به مراقبت خاص دارند مشغول هستند. در نتیجه در چنین محیطی حمایت از مادران کافی نیست. به طور معمول، متخصصان زنان و زایمان هر بارداری را بر اساس تاریخ تخمینی زایمان به اتمام می رسانند تا اینکه اجازه دهند زایمان بخودی خود شروع شود. از این رو این که سزارین در ایران در بخش های عمومی به میزان ۴۰٪ و در بیمارستان های خصوصی بیش از ۹۰٪ است، تعجب آور نیست. در مطالعه ی کیفی یزدی زاده و همکاران در بیمارستان های عمومی و خصوصی و کادر پزشکی نتایج نشان داد که بعضی از متخصصان معتقدند که نحوه ی رفتار پرسنل با مادر باردار در مراحل زایمان، بر تصمیم او در خصوص انتخاب نوع زایمان آتی یا پیشنهاد او به دوستانش تأثیر گذار است [۶]. "در ایران یک ماما یا رزیدنت مسئول دو بیمار است. در هر شیفت چندین بیمار معاینه می شوند. در نتیجه، بسیاری از بیماران تحت زایمان طبیعی، بطور خاص در یک بیمارستان غیر خصوصی هستند. اکثر مادران با تجربه زایمان طبیعی قبلی در بخش خصوصی درخواست زایمان سزارین در دومین بار را دارند. به عبارت دیگر، سیستم ما برای زایمان طبیعی مناسب نیست" [۶]. از سوی دیگر تعرفه های تنظیم شده برای زایمان بر ارتباط بین پزشک و ماما تأثیرگذار است به طوری که یکی از پزشکان بیان کرد: "بسیاری از ماماها ادعا می کنند که پزشکان تمام پول را دریافت می کنند پس چرا یک ماما باید ساعتهای طولانی را در اتاق زایمان صرف کند؛ از سوی دیگر پزشکان ادعا می کنند که آنها باید پول بیشتری دریافت کنند به این علت که آنها مسئول هر نوع مشکل قانونی مرتبط با زایمان هستند" [۶]. یکی از ماماها بیان کرد: "تغییر در سیستم پرداخت یک راه حل حیاتی برای این مشکل است؛ باید برای این کار به کل تیم، نه یک نفر، پرداخت شود" [۶]. یکی از ماماها عنوان کرد که پر مشغله بودن ماما در اتاق زایمان عاملی کمک کننده به افزایش میزان سزارین است. "مرکز ما بسیار شلوغ است و این یک عامل مهم است. ما مادران بارداری را که می توانند سزارین کنند سریعاً به اتاق عمل می فرستیم تا تختهای خالی بیشتری داشته باشیم" [۶]. یکی از ماماها سیستم پرداخت به

خصوص شرکت های بیمه را سرزنش کرده و عنوان کرد: "در ایران، شرکت های بیمه با مراقبین بهداشتی، قرارداد امضا می کنند و در عوض خدمات، به آنها پرداخت می کنند. با توجه به این واقعیت که خدمات ارائه شده توسط ماما توسط شرکت های بیمه پوشش داده نمی شود، مادران باردار ترجیح می دهند به یک متخصص مراجعه کنند. در این حالت میزان مداخلات اضافه و سزارین افزایش می یابد" [۶].

۴-۲. فرهنگ، آموزش و رسانه ها. عوامل فرهنگی مؤثر بر انتخاب زایمان سزارین شامل ارزشها و هنجارهای اجتماعی و به اصطلاح مد شدن زایمان سزارین و همچنین اثر رسانه ها و آگهی های تبلیغاتی جهت انتخاب نوع زایمان در مادران هستند [۸۸، ۴۶، ۳۹، ۴۵، ۲۹، ۲۷، ۲۲، ۳]. به علاوه، به دلیل تغییرات سریع در جامعه، نسبت به وضعیت شغلی و حرفه ای اهمیت نقش مادری کاهش یافته است و فقدان الگوهای واقعی شیوه ی ایفای این نقش در قرن بیست و یکم، باعث افزایش تردید در توانایی فرد برای انجام آن شده است [۸۹]. نتایج مطالعه ی شمس قهفرخی در اصفهان نشان داد که ۶۸/۴٪ از زنان باردار از اینکه به فامیل و اطرافیان خود بگویند که قصد زایمان طبیعی دارند خجالت می کشیدند. به نظر می رسد که هنجار اجتماعی حاکم بر جامعه باعث شده که زایمان طبیعی به عنوان یک کار سنتی و سطح پایین تلقی شود، که با درآمد و موقعیت اقتصادی - اجتماعی و اعتبار اجتماعی ارتباط دارد. بنابراین ممکن است این موضوع باعث شود که مادران باردار از این که زایمان طبیعی را انتخاب کنند احساس رضایت و خوبی نداشته باشند [۹۹]. نتایج تحقیقات نشان داد در دوران بارداری، دریافت اطلاعات از رسانه ها در خصوص زایمان با انتخاب زایمان سزارین مرتبط بوده و دانش آموزانی که نگرش آن ها توسط رسانه ها شکل گرفته، سطح بالاتری از ترس را تجربه کرده اند [۱۰۱]. همچنین نتایج پژوهش های انجام شده بر اساس نظریه ی رفتار برنامه ریزی شده نشان می دهد که مداخلات آموزشی برای دستیابی به رفتارهای مورد نیاز مانند ورزش در دوران بارداری، بیهوشی نخاعی برای کاهش درد زایمان و تغذیه با شیر مادر مؤثر بوده است [۵۹]. در مطالعه ی کیفی انجام شده توسط یزدی زاده و همکاران در بیمارستان های عمومی و خصوصی و مصاحبه با مراقبان بهداشتی و اعضای کمیته ی وزارت بهداشت، یکی از ماماها در خصوص دیدگاه ایرانیان به مقوله ی زایمان عنوان کرد که "مسائل فرهنگی مانع اصلی برای بسیاری از ایرانیان است. در حال حاضر توانایی انجام زایمان طبیعی بیشتر شرم آور است و کلاس های آموزشی تا حد زیادی تحت تاثیر زایمان سزارین هستند." همچنین مامای دیگری گفت: در بعضی جوامع "این روزها، زایمان سزارین بسیار معمول و شیک است" [۶]. یک پزشک ادعا کرد: "شیوه ی زندگی

مدرن و تفاوت های آناتومیک بین ایرانیان و مردم دیگر کشورها، بر توانایی گروه اول برای زایمان طبیعی اثر می گذارد. سبک زندگی کم تحرک و دنبال نکردن یک رژیم غذایی سالم توانایی دختران را برای این نوع زایمان کاهش می دهد" [۶].

۵. ویژگی های جمعیت شناختی و باروری. بر اساس شواهد موجود سن مادر، سطح تحصیلات، سن ازدواج و بارداری و وضعیت اجتماعی- اقتصادی خانواده از مهمترین عوامل جمعیت شناختی و باروری موثر بر انتخاب زایمان به شیوه ی سزارین از سوی مادران باردار هستند. تاثیر سطح تحصیلات مادران باردار بر انتخاب نوع زایمان از سوی آنان در بسیاری از منابع موجود ذکر شده است، بطوری که در برخی از جوامع دنیا به ویژه کشورهای در حال توسعه، زنان با سطح تحصیلات بالاتر، زایمان به شیوه ی سزارین را ترجیح می دهند [۴۳]. این مساله چیزی بیش از تاثیر افزایش دانش مادران باردار بر فرآیند تصمیم گیری آنان بوده و دربرگیرنده ی تغییرات موجود در ارزش های فردی و اجتماعی و همچنین ارتقاء توانمندی آنان در انتخاب شرایط مطلوب خویش است [۳۳]. نتایج مطالعه ای که اخیراً در برخی از کشورهای اروپایی از جمله بلژیک، ایسلند، دانمارک، استونیا، نروژ و سوئد صورت گرفته نشان می دهد که رابطه ی سطح تحصیلات با انتخاب نوع زایمان الگوی متفاوتی با کشور ما و بسیاری از کشورهای در حال توسعه داشته و سزارین عمده تاً انتخاب زنان بارداری است که از سطح تحصیلات پایین تری برخوردارند [۱۰۲]. نتایج مطالعه ای بر روی زنان باردار اصفهانی نشان داد، ۳۷/۲٪ از زنان دارای تحصیلات زیر دیپلم و حدود ۷۰٪ زنان دیپلمه تصمیم به انجام زایمان سزارین داشتند و حدود ۹۰٪ از زنان با تحصیلات دانشگاهی، سزارین را ترجیح می دهند [۹۹]. میزان سزارین در زنان برزیلی با سطح تحصیلات بالاتر، بیشتر است؛ به طوری که ۴۱/۴٪ دانشجویان سال آخر پزشکی برای خود زایمان سزارین را انتخاب می کنند [۴۳]. به نظر می رسد ویژگی های جمعیت شناختی به طور غیر مستقیم و با تأثیر بر ترس از زایمان نیز بر انتخاب نوع زایمان مؤثر باشند، هرچند در این خصوص مطالعات کمی وجود دارد. در یکی از معدود مطالعات طولی انجام شده بر روی ۳۰۴۸۰ زن نخست زای دانمارکی نتایج به دست آمده نشان داد که فقدان شبکه های اجتماعی، سطح پایین تحصیلات، بیکاری و سن پایین از عوامل مهم موثر بر ترس از زایمان هستند. همچنین مطالعه ای در سوئد نشان داد که خطر ترس شدید بعد از ۳۲ سالگی نسبت به مادران جوانتر بیشتر بود [۱۰۴-۱۰۲].

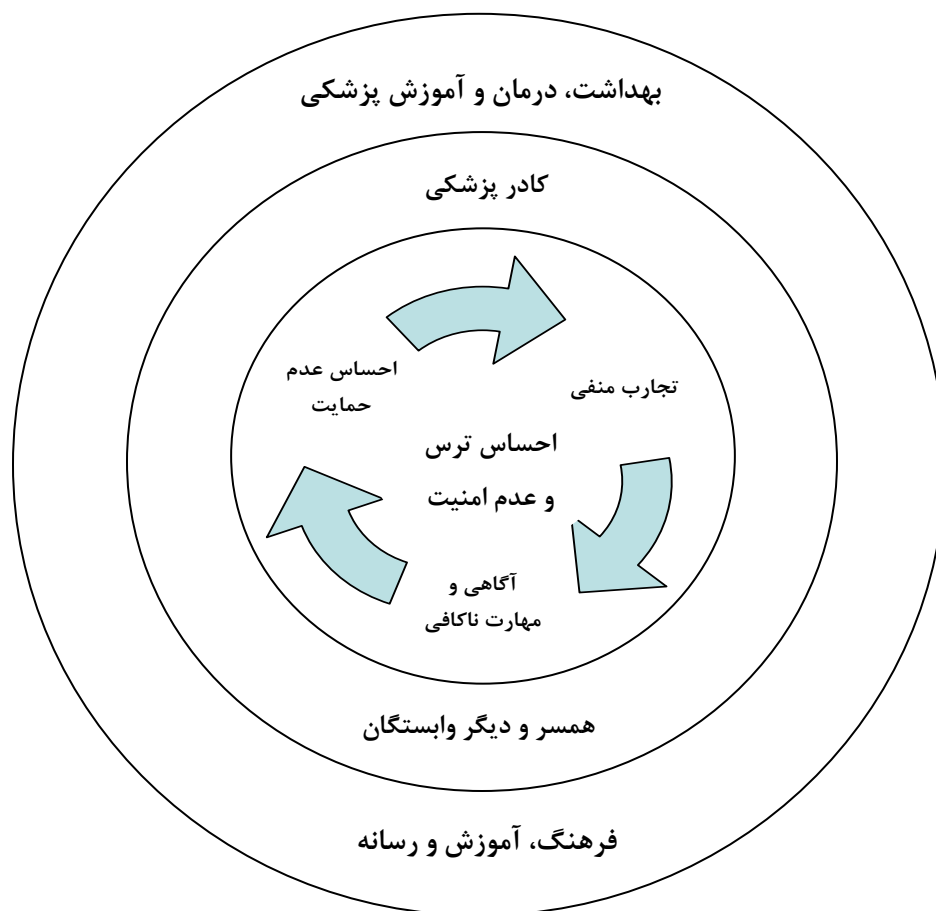
نتایج مطالعات صورت گرفته در کشور ما نشان داده اند که با بالا رفتن سطح تحصیلات مادران،

احتمال انتخاب سزارین بدون هیچ گونه ضرورت پزشکی از سوی آنان افزایش می یابد.

شواهد موجود حاکی از ارتباط مستقیم سن تقویمی و همچنین سن ازدواج مادران باردار با انتخاب سزارین است به طوری که با بالا رفتن سن ازدواج و به تبع آن سن بارداری و همچنین تمایل به تک فرزندی، زنان باردار سزارین را ترجیح می دهند که این وضعیت در هر دو گروه کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه مشابه است.

فرآیند و الگوی اخذ تصمیم برای انتخاب نوع زایمان در زنان باردار ایرانی

بر اساس مطالب پیش گفت، عوامل مؤثر بر افزایش سزارین انتخابی در بین زنان را می توان در سه دسته ی عوامل مرتبط با مادر باردار (فردی)، عوامل مرتبط با اطرافیان مادر باردار و مراقبان بهداشتی (بین فردی) و عوامل محیطی و اجتماعی (برون فردی) طبقه بندی نمود. با توجه به عوامل اثرگذار ذکر شده در انتخاب نوع زایمان، **بیشترین فراوانی و عامل اصلی انتخاب زایمان سزارین توسط مادر باردار، مربوط به عامل ترس و احساس عدم امنیت در هنگام زایمان طبیعی است.** این عامل به عنوان هسته ی مرکزی و تحت تأثیر مجموعه ای از عوامل مختلف فردی، بین فردی و محیطی است. بنابراین بهبود و تصحیح مجموعه ی این عوامل می تواند درک امنیت در خصوص زایمان طبیعی و اتخاذ تصمیم مناسب از سوی مادران را به دنبال داشته باشد؛ که در ادامه بیشتر به موضوع ترس و راه کارهای مقابله با آن پرداخته می شود.



الگوی ناکارآمدی و احساس عدم امنیت در خصوص زایمان طبیعی در زنان باردار ایرانی

فصل دوم

ترس از زایمان طبیعی و راهبردهای کنترل آن

در پایان این فصل فراگیر قادر خواهد بود:

۱. ماهیت ترس از زایمان طبیعی و انواع آن را بیان نماید.
۲. ابزار و روش های سنجش ترس از زایمان را توضیح دهد.
۳. راهبردها و سطوح مداخلات کنترل ترس از زایمان طبیعی را تشریح نماید.
۴. فنونی که به تسهیل مداخلات در هر سه سطح کمک می کنند را بیان کند.
۵. ترس و خودکارآمدی مادر باردار

۱. ماهیت و طبقه بندی ترس از زایمان طبیعی

شواهد موجود نشان می دهند پدیده ی ترس از زایمان در جمعیت زنان باردار از توزیع نرمالی پیروی می کند به طوری که از افرادی که اصلا نمی ترسند تا آنهایی که ترس بسیار شدیدی دارند را در بر می گیرد. درجه ی ترس از زایمان با شدت رنج و ناتوانی مادر باردار که می تواند سلامت او را در پیش، حین و بعد از زایمان تحت تاثیر قرار دهد وابسته است [۸۷]. زنانی که ترس شدیدی از زایمان دارند می توانند به عنوان زنان مبتلا به فوبیا تشخیص داده شوند. طبق معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V) انجمن روانپزشکی آمریکا، برای تشخیص فوبیا ویژگی های زیر ضروری است: ۱) ترس شدید مشخص، مستمر و غیرمنطقی از یک شیء خاص یا وضعیت که حداقل ۶ ماه طول می کشد؛ ۲) اضطراب شدید در رویارویی با شیء یا وضعیت مشخص ۳) اجتناب از موقعیت ترسناک، و ۴) آشفتگی یا آسیب قابل توجه [۱۰۵].

بر اساس مطالعات صورت گرفته بر روی زنان باردار، روانشناسان سه نوع ترس مرضی از زایمان را معرفی کرده اند:

۱. توکوفوبیای نخستین که در زنان نخست زا دیده شده و به صورت یک احساس عمیق و نهادینه شده است که عمدتا از دوران نوجوانی و اوایل بزرگسالی شروع می شود. در این زنان، اگرچه رابطه ی جنسی ممکن است طبیعی باشد اما استفاده از روش های پیشگیری از بارداری به شکل وسواسی به چشم می خورد.
۲. توکوفوبیای دومین که برخلاف نوع اولیه، معمولا بعد از زایمان ایجاد می شود و حاصل تجربه ی زایمان سخت و آسیب زای قبلی است. اما ممکن است بعد از یک زایمان طبیعی بدون مشکل و یا یک زایمان پرخطر، تولد جنین مرده یا سقط جنین شکل بگیرد.

۳. توکوفوبیای سومین که می تواند نشانه ای از افسردگی مادر باردار باشد. در چنین مواردی ترس و اجتناب مادر افسرده از زایمان به دلیل افکار و باورهای مزاحم وی در خصوص ناتوانی در به دنیا آوردن نوزاد و مرگ ناشی از زایمان است [۱۰۵].

اصطلاح توکوفوبیا (ترس مرضی از بارداری و زایمان) برای اولین بار از سوی هافبرگ و براکینگتون^{۱۲} در سال ۲۰۰۰ و سپس توسط هاول^{۱۳} در ۲۰۰۸ به عنوان یک وضعیت نیازمند مداخلات پزشکی در ادبیات علمی مرتبط مورد توجه قرار گرفت. بر این اساس توکوفوبیا وضعیت شدید اضطرابی است که باعث می شود برخی از زنان، به رغم تمایل به فرزندآوری به دلیل ترس، از بارداری و زایمان اجتناب کنند [۱۰۶]. هاول در مطالعه ای در سال ۲۰۰۸، تعریف کاملی از توکوفوبیا ارائه داد که مطابق با آن برای تشخیص ترس مرضی زایمان باید حداقل ۴ معیار وجود داشته باشد:

۱. اضطراب و نگرانی شدید در رابطه با زایمان که اغلب در سه ماهه سوم بارداری افزایش می یابد

۲. ناتوانی در کنترل وضعیت فوق

۳. ناتوانی در تمرکز برای کار یا فعالیت های خانواده

۴. حداقل سه مورد از علائم ذیل: ترس از درد، ترس از ناتوانی در زایمان، اختلالات جسمی، کابوس های شبانه، اجتناب از وضعیت ترسناک (مثل اجتناب از باردار شدن، پایان دادن به بارداری یا درخواست سزارین بدون دلایل پزشکی واقعی) و ناراحتی یا ضعف قابل توجه [۱۰۶].

اگر چه محققان چند دهه است که ترس و اضطراب را بررسی کرده اند ولی هنوز بر سیر تعریف و تمایز آنها اتفاق نظر ندارند و گاهی آنها را به جای یکدیگر به کار می برند. ترس و اضطراب دو سازه فرضی هستند که یک رشته رویدادهای ذهنی را نشان می دهند؛ رویدادهایی که آنها را از علائم رفتاری، پاسخ های فیزیولوژیک و گزارش اشخاص استنباط می کنیم. هیجان ترس هشداردهنده است و با فعال کردن سیستم عصبی خودمختار که با حالات ارادی فیزیولوژیک مختلفی مثل عرق کردن، لرزیدن، تنیدگی عضلانی، ناراحتی معده ای- روده ای، نفس نفس زدن و تپش قلب نمود می یابد، شخص را آماده پاسخ جنگ یا گریز می کند؛ یعنی شخص یا می جنگد یا می گریزد. این پاسخ ها با از بین رفتن تهدید

12 Hofberg and Brockington

13 Heuvel

واقعی یا ذهنی محو می شوند. ترس یک واکنش انطباقی است و شخص به تجربه یاد می گیرد تهدیدهای واقعی را از محرک یا وضعیت های بی خطر تشخیص دهد. اضطراب بر خلاف واکنش هشداردهنده و فوری ترس، نوعی هیجان یا حالت خلقی است که مشخصه آن عاطفه منفی، برای مثال تنش و ناآرامی و بیمناکی و نگرانی است. نشانه های فیزیولوژیک اضطراب عبارتند از بی قراری، تند شدن ضربان قلب و تنیدگی عضلانی. اضطراب انسان را وا می دارد برای آینده برنامه ریزی کرده و وقایع آتی را اداره کند (برای مثال کودکی را وا می دارد برای امتحان درس بخواند). فرق ترس و اضطراب در این است که در ترس تهدیدی آنی را حس می کنیم و به جای تنیدگی و بیمناک شدن، واکنش فیزیولوژیک هشدار را بروز می دهیم. ترس و اضطراب مثل سایر هیجانات سه مولفه متمایز اما بسیار مرتبط دارند: (۱) واکنش های شناختی یا ذهنی شامل افکار، تصورات، باورها و اسنادها و پیامدهایی مثل ناراحتی و وحشت؛ (۲) واکنش های حرکتی و رفتاری مثل اجتناب، گریز یا برخورد توام با تردید، گریه، روی هم فشردن فک ها، کمک خواستن، قدم زدن و عدم تحرک؛ و (۳) واکنش های فیزیولوژیک مثل ضربان شدید قلب، زیاد عرق کردن، تند نفس کشیدن، تنیدگی عضلانی، ناآرامی، اختلال خواب و عدم تمرکز حواس [۱۰۷].

در خصوص زایمان، تنش مادر باردار در طول ۹ ماه می تواند به اصطلاح، اضطراب زایمان تعبیر شود و هر چه به زایمان نزدیک تر می شود ترس بروز می کند. ممکن است وقتی اضطراب خیلی شدید باشد فرد میان خود و موقعیت اضطراب برانگیز در آینده فاصله ای نبیند و در لحظه آن موقعیت را تجربه کند به همین دلیل اضطراب او تبدیل به ترس شود. در نتیجه انتخاب سزارین یک واکنش و گام نهایی برای رفع اضطراب و فرار از ترس می شود. به بیان دیگر به منظور تعدیل ترس، کنترل اضطراب قبل از آن ضروری به نظر می رسد.

در همین راستا عجیب نیست که برخی محققان به جای اصطلاح ترس از زایمان از کلمه اضطراب زایمان استفاده کرده اند؛ زیرا زایمان یک فرآیند ۹ ماهه است. برای مثال در یک طبقه بندی، ویجما و ویجما^{۱۴} (۲۰۱۷) به جای ترس از زایمان اصطلاح اضطراب زایمان را معرفی کردند و معیارهای بالینی زیر را برای آن توصیف کردند:

¹⁴ Wijma and Wijma

- (۱) اضطراب زایمان کم: مادر هیچ مشکلی ندارد و تقریباً در مورد زایمان نگرانی و رنجشی ندارد.
- (۲) اضطراب زایمان متوسط: مادر باردار همیشه خطرات خاصی را در طول زایمان احتمال می دهد و تصور می کند که در طول زایمان ممکن است مسائلی ایجاد شود اما می توانند به شیوه مناسب درمان شوند.
- (۳) اضطراب زایمان شدید: احساس تنش بسیار شدید است که با پیامدهای جدی احتمالی برای زندگی شخصی، اجتماعی، شغلی مادر باردار و عدم تمایل او برای باردار شدن و ناتوانی در زایمان همراه است.
- (۴) اضطراب زایمان مرضی (فوبیا): ترس شدید از زایمان و پیامدهای آن بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V) است [۱۰۸].

۲. ابزار و روش های سنجش ترس از زایمان

همانطور که در اصطلاح میان ترس و اضطراب تمایزی ایجاد نشده در خصوص ابزارهای سنجش آن نیز تمایزی وجود نداشته است. در گذشته انواع روش های تشخیصی مختلف برای شناسایی ترس از زایمان در زنان استفاده شده است. جنبه اضطراب ترس از زایمان با پرسشنامه هایی که در ابتدا برای اندازه گیری اضطراب عمومی به کار می رفت یا با استفاده از پرسشنامه های خود ساخته یا مصاحبه هایی که با ترس زایمان مرتبط است سنجیده می شد. هوزینگ^{۱۵} و همکارانش (۲۰۰۴) نشان دادند که ارزیابی اضطراب عمومی در دوران بارداری فاقد ترس خاص مرتبط با بارداری است و مقیاس های اضطراب عمومی برای ارزیابی اضطراب مربوط به بارداری و زایمان مناسب نیستند. بنابراین برای اندازه گیری ترس از زایمان مقیاس های خاص توصیه می شود. با انجام مطالعه ای در سوئد از طریق مصاحبه با زنان در طول سه ماهه سوم بارداری و ترکیب آن با یک پرسشنامه ۱۹ گویه ای، یک پرسشنامه ایجاد شد که به صورت اصلی و تجدید نظر شده در چندین کشور مورد استفاده قرار گرفت [۱۰۵].

پرسشنامه های مختلفی مانند اندازه گیری نگرش درباره زایمان^{۱۶} (QMAALD)، پرسشنامه تجربه زایمان^{۱۷} (CEQ)، مقیاس ضرورت زایمان^{۱۸} (LAS)، پرسشنامه زایمان و بارداری^{۱۹} (PCQ)، پرسشنامه ارزیابی زایمان^{۲۰} (QACE) برای اندازه گیری تجربیات زایمان طراحی شده اند ولی مختص اندازه گیری ترس از زایمان نیستند [۱۰۹].

¹⁵ Huizink

¹⁶ Questionnaire Measuring Attitudes about Labor and Delivery

ابزاری که به طور خاص برای اندازه گیری ترس از زایمان عملیاتی سازی شده و به وسیله ارزیابی شناختی زایمان طراحی گردیده تحت عنوان پرسشنامه انتظار زایمان^{۲۱} (W-DEQ) است که به وسیله ویجما، ویجما و زار (۱۹۹۸) ایجاد شد و شاید بیشترین و معتبرترین ابزار استفاده شده است. سودمندی و مناسب بودن آن به منظور سنجش ترس از زایمان در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. این پرسشنامه یک ابزار نظریه محور متمرکز بر انتظارات یک زن باردار درباره پیش بینی زایمان مانند تاثیر تجارب زایمان قبلی است و تجربه ی ترس قبل از زایمان و در طول زایمان را می سنجد. در مطالعاتی که محققان اضطراب دوران بارداری را مورد بررسی قرار داده اند مورد استفاده قرار گرفته و توسط سازمان هایی بین المللی که در این حوزه تحقیق می کنند، به عنوان استاندارد طلایی برای اندازه گیری ترس از زایمان شناخته شده است. نسخه A این پرسشنامه برای اندازه گیری ترس از زایمان در طول بارداری و نسخه B برای ۵ هفته پس از زایمان ایجاد شده است و هم به عنوان ابزار غربالگری و هم به عنوان ابزار پژوهشی مورد استفاده قرار گرفته است [۱۱۰].

پرسشنامه انتظار زایمان ویجما دارای ۳۳ گویه است و بر اساس مقیاس پاسخ دهی لیکرت ۶ درجه ای از اصلا (۰) تا کاملاً (۵) با دامنه نمره بین ۰ تا ۶۵ نمره گذاری می شود. نمرات برش مختلفی، برای تعیین ترس زیاد از زایمان به کار رفته است. در برخی مطالعات نمره بالاتر از ۱۰۰، در برخی نمره بالاتر از ۸۵ و در برخی دیگر بالاتر از ۶۵ به عنوان ترس زیاد از زایمان در نظر گرفته شده است [۱۰۳]. این پرسشنامه که توسط ویجما و همکاران (۱۹۹۸) برای اندازه گیری ترس از زایمان در زنان نخست زا و چند زا ایجاد شده است، با قابلیت اطمینان ۸۷٪ گزارش شده و در برخی کشورهای آسیایی ترجمه و ویژگی های روانسنجی آن مورد بررسی قرار گرفته است. نسخه ی فارسی آن توسط عابدی و همکاران (۲۰۱۷) در جمعیت زنان باردار ایرانی هنجاریابی شده و از روایی و پایایی مناسبی (آلفای کرونباخ = ۰/۶۴) جهت سنجش ترس از زایمان برخوردار است. بر اساس روش تحلیل عاملی، ۹ عامل شامل ناامیدی، اعتماد، ترس، شادی، از

¹⁷ Childbirth experience questionnaire

¹⁸ Labour Agency Scale

¹⁹ Pregnancy and Childbirth Questionnaire

²⁰ questionnaire for assessing the childbirth experience

²¹ Wijma Delivery Expectancy Questionnaire

دست دادن کنترل، استقلال، نگرانی درباره نوزاد، وضوح و کنترل در نظر گرفته شده است [۱۱۱]. این پرسشنامه میزان احساسات و افکار زنان باردار درباره زایمان و درد زایمان را مورد ارزیابی قرار می دهد. این احساسات شامل تنهایی، قوی بودن، اعتماد به نفس، ترس، بی کسی، ضعف، امنیت، استقلال، افسردگی، تنش، رضایت، سربلندی، طردشدگی، خونسردی، آرامش، خوشحالی، وحشت زدگی، ناامیدی، اشتیاق به داشتن فرزند، توکل و رنج است.

کار عملی (بحث و گفتگو پیرامون سوالات زیر):

- ✓ بر اساس تجاربی که از رویارویی با مادران باردار قبل و در حین زایمان داشته اید، آیا مادر باردار احساسات و افکار خود را با شما در میان گذاشته است؟ اگر بله نوع احساسات او چه بوده است؟ منفی یا مثبت؟
- ✓ به نظر شما احساسی که بین بیشتر مادران باردار به صورت مشترک تجربه می گردد، کدام احساس است؟
- ✓ واکنش شما به احساس بیان شده به وسیله مادر باردار چگونه بوده است؟

۳. وضعیت ترس از زایمان در مادران باردار

میزان شیوع ترس از زایمان در مطالعات مختلف متفاوت است که بستگی به عواملی مانند زمان ارزیابی و زمینه فرهنگی دارد. طبق آمار دیگر کشورها، با استفاده از نمره ی بالای ۸۵ در پرسشنامه انتظار زایمان ویجما شیوع بالای ترس مرضی از زایمان در زنان باردار، ۸٪ در نروژ [۱۱۲-۱۱۴]، ۹/۲٪ در کانادا [۱۱۵]، بین ۱۰٪ و ۱۵/۸٪ در سوئد [۱۱۶-۱۱۸] و ۸/۱٪ در فنلاند [۱۱۹] گزارش شده است. همچنین بر اساس آمارهای موجود شیوع ترس از زایمان در استرالیا بیش از ۲۴٪ است که در زنان نخست زا ۳۱/۵٪ و در زنان چندزا ۱۸٪ عنوان شده است. مادران نخست زا میزان بیشتری ترس از زایمان را گزارش کرده اند. به علاوه، در این مطالعه تقریباً ۳۱٪ زنان ترس کم، ۴۳٪ ترس متوسط، ۱۸/۸٪ ترس زیاد و ۸/۴٪ ترس شدید را نشان داده اند [۱۲۰]. در مطالعه کمپه و همکاران (۲۰۱۵) از میان ۲۲۰ زن باردار در شبه جزیره عربستان، ۷۲٪ ترس از زایمان را گزارش کردند [۱۲۱]. در کشور ترکیه در سال ۲۰۱۰ در میان ۶۶۰ زن باردار ۴۱٪ سطح بالینی ترس از زایمان و در سال ۲۰۱۶ در میان ۴۰۳ زن باردار میزان ترس از زایمان در زنان نخست زا ۶۷/۸٪ و در زنان چندزا ۵۹/۸۷٪ بود [۱۲۲، ۱۲۳]. در یک زمینه یابی مقطعی در چین میانگین نمره ترس از زایمان در میان زنان

باردار چینی (۳۵۳ نفر) در دامنه ای بین ۵۹-۱۶، ۳۱/۲۰٪ بود [۱۲۴]. در کشور هند، در مطالعه جاجو و همکاران (۲۰۱۵)، ۱۷/۷٪ از زنان ترس مرتبط با زایمان را اظهار داشتند و همچنین در زمینه یابی مقطعی جاها و همکاران (۲۰۱۷) در دوره پس از زایمان، ۱۳/۱٪ از زنان ترس از زایمان را گزارش نمودند [۱۲۵]. در کشور برزیل (۲۰۱۴) در میان زنانی که سزارین را ترجیح دادند، ۴۶/۶٪ ترس از درد زایمان واژینال را دلیل ادراک منفی خود از زایمان طبیعی بیان کردند [۱۲۶]. در ایران آماری در مورد شیوع ترس از زایمان در مادران باردار در کل کشور وجود ندارد تنها آمار محدودی در برخی از استان ها گزارش شده است. بنا بر مطالعه سلطانی و همکاران (۲۰۱۷) از میان ۳۳۵ زن باردار در همدان، ۸۹/۳٪ ترس از زایمان داشتند [۱۲۷] و ظفرمندی و همکاران (۱۳۸۴) شیوع ترس از زایمان در زنان باردار ساکن شهر تهران را در دوره پس از زایمان، ۷۰/۵۹٪ گزارش کردند [۱۲۸]. همچنین در مطالعه ی خرسندی و همکاران (۱۳۹۳) در اراک در جمعیت ۳۳۲ زن باردار، ۵۵/۸٪ دچار ترس از زایمان بودند [۱۲۹].

کار عملی (بحث و گفتگو پیرامون سوالات زیر):

با توجه به تجارب شما، مادران بارداری که در کلاس ها شرکت می کنند بیشتر در کدام طبقه ی مربوط به ترس از زایمان قرار دارند؟ ترس کم، متوسط یا شدید؟
معیار شما برای پاسخی که ارائه می دهید چیست؟

۴. راهبردها و سطوح مداخلات کنترل ترس از زایمان طبیعی

مطالعاتی که اثربخشی مداخلات در زمینه ی ترس از زایمان را مورد آزمون قرار داده باشند بسیار محدود هستند و به رغم تاثیر بسیار این پدیده بر افزایش سزارین انتخابی، توافق جهانی بر تعریف و شیوه ی کنترل آن وجود ندارد. از گذشته تاکنون برای ترس های بسیار شدید (مرضی) ناشی از زایمان، از روش هایی مانند هیپنوتیزم، مشاوره یا روان درمانی کوتاه مدت استفاده شده است. درمان دارویی زنان دچار ترس از زایمان منحصر به موارد خاص مانند همراهی آن با بیماری هایی مانند اضطراب بالینی، افسردگی یا اختلال هراس بوده است. اما هدف کلی مداخلات، برای زنانی که ترس زیادی از زایمان دارند، کاهش اضطراب آنان در مورد ناشناخته ها و تردیدهایی است که در رابطه با زایمان طبیعی وجود دارد. کادر پزشکی باید به احساسات مادران باردار اعم از نخست یا چندزا توجه ویژه داشته و به آنها فرصتی برای صحبت

کردن درباره ی ترس ها و نگرانی هایشان درخصوص بارداری، زایمان و وظایف مادری بدهند. کنترل مناسب ترس مادران باردار از طریق کاهش استرس ادراک شده و سازگاری بهتر در طول بارداری می تواند منجر به بهتر شدن پیوند مادر و کودک در طول بارداری و پس از زایمان، کاهش مشکلات حین و پس زایمان و درخواست کمتر برای سزارین انتخابی شود [۸۹]. الگوی آموزش عمومی، اطلاعات محدود، توصیه های خاص، درمان فشرده (PLISSIT)^{۲۲} که توسط ساستو و هالمسماکی^{۲۳} در سال ۲۰۰۳ معرفی شد، شامل چهار سطح مختلف مواجهه و درمان است که می تواند با مساله ی ترس از زایمان به خوبی تطابق پیدا کند [۸۹].

سطح	جمعیت هدف	مداخله	ارائه دهنده
یک	تمام زنان باردار	ارتقای آگاهی عمومی	کلیه تیم مراقبت بهداشتی
دو	زنان دچار ترس خفیف از زایمان (زنان نخست زا و افرادی که در شرایط ناشناخته قرار می گیرند)	ارائه اطلاعات در خصوص آمادگی زایمان و روش های تسکین درد موجود	کلینیک های تخصصی و عمومی زایمان
سه	زنان دچار ترس متوسط و شدید از زایمان، (زایمان دشوار قبلی، درخواست سزارین)	آموزش مبتنی بر اصول روانشناختی (جلسات فردی یا گروهی)	متخصصان زایمان آموزش دیده (پزشکان و ماماها) یا روانشناسان
چهار	زنان دچار ترس مرضی از زایمان (ترس ناشی از اختلالات روانپزشکی زمینه ای)	روان درمانی فشرده	روان پزشک یا روان درمانگر

نوع مداخلات مورد نیاز جهت کاهش و کنترل ترس از زایمان در مادران باردار، بسته به اینکه چه میزانی از ترس از زایمان را تجربه می کنند، متفاوت هستند. زنان دچار ترس کم، متوسط تا شدید و توکوفوبیا مداخلات یکسانی را دریافت نمی کنند بلکه هر گروه نیازمند دریافت خدمات مختص به خود است.

²² Permission / Limited Information / Specific Suggestions / Intensive Therapy

²³ Halmesmaki

۴-۱. مداخلات سطح اول: ترس طبیعی و یا خفیف از زایمان طبیعی

حمایت و ارتقای آمادگی مادران برای زایمان طبیعی. اهداف آمادگی زایمان، متشکل از آموزش و یاد دادن شیوه های مقابله با درد، به دست آوردن کنترل بر ترس از زایمان است. آموزش و ارائه اطلاعات، نگرانی از سلامت نوزاد را کاهش می دهد، اما یاد دادن آرام سازی و روش های مقابله با درد برای کاهش اضطراب عمومی لازم است. این موضوع منجر به بهبود اعتماد به نفس می شود که به نوبه خود پیش بینی کننده ی مهم رضایت مادران باردار از تجربه زایمان است. حمایت در طول زایمان موجب کوتاه شدن مدت زایمان، نیاز کمتر به تسکین درد، عوارض کمتر، عزت نفس و رضایت بالاتر از تجربه زایمان و خطر کمتر افسردگی پس از زایمان بعد از یک زایمان واژینال طبیعی نسبت به یک عمل جراحی می شود [۸۹]. در ایران اهداف ذکر شده، با برگزاری کلاس های آمادگی زایمان، سطح اول مداخلات کاهش ترس را پوشش می دهد. نجفی و همکاران در سال ۱۳۹۴ ارتباط شرکت در کلاس های آمادگی زایمان با ترس و نوع زایمان را مورد مطالعه قرار دادند. پس از مداخله، میانگین نمره ترس از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل در سه ماهه سوم بارداری تفاوت معنادار نشان داد. همچنین از نظر انجام زایمان طبیعی نیز بین دو گروه اختلاف معنی دار بود. به عبارت دیگر کلاس های آمادگی زایمان بر افزایش انتخاب زایمان طبیعی مؤثر بوده است. این کلاس ها مشتمل بر ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و شامل سه بخش بود. بخش اول: آموزش تغییرات آناتومیک و فیزیولوژیک دوران بارداری، تغذیه دوران بارداری، بهداشت روان، علائم هشداردهنده در دوران بارداری، آشنایی با مزایا و معایب زایمان واژینال و سزارین، آشنایی با مراحل مختلف زایمان طبیعی، بهداشت بعد از زایمان، تشویق برای تغذیه با شیر مادر، مراقبت از نوزاد و تنظیم خانواده. بخش دوم: مشاوره به صورت پرسش و پاسخ به مدت ۱۵ دقیقه. و در بخش سوم: تمرین های عصبی و عضلانی، آموزش وضعیت های مناسب در حین لیبر و زایمان، نحوه تنفس صحیح در دوران بارداری، حین لیبر و زایمان و تمرین آرام سازی به مدت ۳۰ دقیقه که مادران باردار به صورت عملی اجرا می نمایند [۱۳۰].

۴-۲. مداخلات سطح دوم: ترس متوسط تا شدید از زایمان طبیعی

آموزش روانشناختی. آموزش روانشناختی، مداخله ای مبتنی بر شواهد است که با فراهم آوردن اطلاعات لازم و درک روانشناسانه از آن، به مادران باردار کمک می کند که درک بهتری از شرایط خود داشته و بتوانند با وضعیت جدید خود سازگار شوند. با این تعریف می توان اذعان نمود هدف از آموزش روانشناختی به مادران باردار کمک به آنان جهت افزایش

آگاهی و ارتقای مهارت ها و همچنین بروز احساسات خود در خصوص زایمان و ترس ناشی از آن از طریق تشریک تجارب می باشد که با هدف حمایت از آنان برای احساس کارآمدی در مواجهه با فرآیند بارداری و زایمان، غلبه بر ترس و اضطراب های ناشی از آن و اتخاذ تصمیم های مناسب در جهت حفظ سلامت خود، جنین و نوزاد ارائه می گردد.

آموزش روانشناختی در مطالعه ای به وسیله فنویک و همکاران در سال ۲۰۱۳ در نیوزیلند استرالیا انجام شد. زنانی که این مداخله را دریافت کردند سطوح پایین تر ترس از زایمان، تعارض کمتر در تصمیم گیری، علائم افسردگی کمتر، خودکارآمدی زایمان بهتر و سلامت بهبود یافته را گزارش کردند. این شیوه قبلاً در زنان در دوره ی پس از زایمان مورد آزمون قرار گرفته و باعث کاهش آشفتگی عاطفی پس از زایمان گشته است. مداخله در این شیوه در هفته های ۲۴ تا ۳۴ بارداری ارائه می شود، بدین صورت که از زنان برای بررسی منشا ترس از زایمان حمایت می شود، با هر گونه تاثیر تولد قبلی آشتی می کنند، از گزینه های زایمان خود مطلع می شوند و راهبردهایی برای تجربه مثبت تولد صرف نظر از حالت نهایی تولد ایجاد می شود. مداخله ی مشاوره ای، ارتقادهنده ی تاب آوری در رابطه با هیجانات مادران است. فواید رویکرد مشاوره برای جمعیت هدف کاربردی و قابل تجدید است. نشان داده شده این رویکرد به لحاظ آماری باعث بهبود مداوم در سلامت عاطفی زنان شده و این فرصت را به زنان داده که درباره تجارب زایمانشان صحبت کنند. این مداخله در دوره ی پس از زایمان با کاهش علائم آسیب، افسردگی، استرس و احساسات خودسرزنی همراه بوده است. پاسخ دادن به نگرانی های زنان به شیوه ی مداخله آموزش روانشناختی، موجب می شود که زنان اعتماد به نفس بیشتری داشته باشند و در خصوص زایمان واژینال اطلاعات بهتری کسب کنند [۱۳۱].

تمرکز این مداخله بر بررسی و مرور انتظارات فعلی و احساساتی مثل ترس از زایمان است. اهداف مداخله حمایت از ابراز احساسات و فراهم کردن چارچوبی برای زنان است تا عناصر آزاردهنده زایمان را بشناسند و بر روی آن کار کنند. این مداخله حمایت های موقعیتی فردی از زنان در حال حاضر و آینده نزدیک را ایجاد می کند و تایید می کند که وقایع منفی در طول زایمان می تواند مدیریت شود و یک برنامه ی ساده برای دستیابی به آن ایجاد می کند. ترکیب این راهبردها آشفتگی هیجانی و عاطفی را کاهش می دهد، ساز و کارهای مقابله ای سازنده ایجاد می کند و بهبودی را تسهیل می کند. ارائه اطلاعات مبتنی بر شواهد برای زنان جهت تصمیم گیری آگاهانه تر آنها بسیار مهم است. ارزش ها

و تجارب زنان با در نظر گرفتن گزینه های زایمان و تولد و عوامل روان شناختی مهم برای تصمیم گیری زنان، باید مورد تایید قرار بگیرد [۱۳۱].

۳-۴. مداخلات سطح سوم: توکوفوبیا و ترس بسیار شدید از زایمان طبیعی

روان درمانی. روان درمانی یک شیوه ی درمانی برای اختلالات روانی و مشکلات روان شناختی است که مبتنی بر رابطه ی بین روان درمانگر و مراجع است. در این شیوه از ابزار کلامی و همچنین فنون مختلف برای دست یافتن به تغییر استفاده می شود. روان درمانی با اهداف مختلفی، از برطرف شدن علایمی که منجر به پریشانی می شوند تا رشد شخصی، متغیر است و به اشکال مختلف انفرادی، گروه درمانی، خانواده درمانی و زوج درمانی به کار می رود. روان درمانی به شیوه های مختلفی مانند روانکاوی، روان درمانی بین فردی، شناخت درمانی، رفتاردرمانی و درمان شناختی- رفتاری صورت می گیرد. **شیوه ی روانکاوی** بر اساس رویکرد روان تحلیلی ایجاد شده و معتقد است رفتار انسان توسط تجارب گذشته و به خصوص کودکی او تعیین می شود. هدف این درمان افزایش آگاهی مراجع از رفتارها و افکار ناخودآگاه و به دست آوردن بینش درباره ی احساسات و انگیزه های ناهشیار است. **روان درمانی بین فردی** بر زندگی فعلی و روابط درون خانواده، محیط کار و اجتماع متمرکز است. در این روش فرد می آموزد نحوه تعامل خود با دیگران را مورد ارزیابی قرار دهد و راهبردهایی را برای حل مشکلات بین فردی به کار گیرد. هدف **رفتار درمانی** تغییر رفتارهای ناسالم و ناخواسته از طریق تکنیک هایی مانند تقویت و حساسیت زدایی است. حساسیت زدایی یا مواجهه فرآیندی است که در آن فرد با موضوع اضطراب آور روبه رو می شود و با پاسخ های غیرانطباقی خود به مقابله می پردازد. هدف **شناخت درمانی** اصلاح تحریفات شناختی فرد است که منجر به بروز عواطف و رفتارهای مشکل ساز می شود. سعی بر این است که الگوهای فکری متعادل جایگزین این الگوهای فکری مخرب شوند. همانند رفتار درمانی در درمان شناختی نیز تمرکز بر روی مشکلات فعلی مراجع است تا تعارضات مربوط به گذشته فرد. **درمان شناختی- رفتاری** ترکیب درمان رفتاری و درمان شناختی است و هدف آن شناسایی باورها و رفتارهای ناسالم و منفی و جایگزین کردن آنها با رفتارها و باورهای سالمتر است.

مطالعاتی که نتایج روان درمانی بر درمان ترس از زایمان را نشان دهند، محدود هستند. اندک مطالعات موجود نیز ترکیب انواع مختلف درمان کوتاه مدت یا حمایتی را در بر گرفته که به وسیله متخصصان زایمان و نه به وسیله روانشناس

صورت گرفته اند. درمان در این مطالعات اولیه عمدتاً فردی بوده گرچه درمان به صورت زوج و یا کل خانواده بیشترین فایده را داشته است. با این حال معمولاً مسائل در طول دوران بارداری به وجود می آیند و زمان محدود، امکان استفاده از درمان‌های بلند مدت را کاهش می دهد. **رویکرد شناختی** برای درمان ترس از زایمان مناسب است زیرا مدت آن کوتاه و متمرکز بر یک مسئله است. به علاوه در برخی موارد شدید وقایع آسیب زای قبلی یا مسائل روانپزشکی همزمان، حتی درمان های طولانی مدت ترجیحاً بعد از بارداری لازم است. اصل بنیادی در درمان شناختی، تمرکز بر یک مسئله و فرمول بندی مجدد آن در زمان محدود به وسیله نقش فعال درمانگر است. هدف این نوع روان درمانی، آموزش بیمار برای آگاهی به مسئله خود (خود انعکاسی) به منظور تغییر شیوه ی خاص مقابله با مشکل اصلی (توسط تمرینات شناختی و رفتاری) است. همچنین به کمک مصاحبه انگیزشی در درمان رفتاری و شناختی، آغاز تغییر تسهیل می شود. تفکر سازنده با تاثیر بر ادراک زن باردار از استرس، به دو صورت مستقیم و غیر مستقیم باعث کاهش اضطراب در دوران بارداری می شود. از طریق **رویکرد شناختی رفتاری** افراد می‌توانند تفکر سازنده و مهارت های مقابله ای را بیاموزند که در شرایط آزمایشگاهی باعث کاهش شدت درد شده است. انطباق شناختی مثبت در طول بارداری همچنین در جلسات گروهی در دسترس است که با بهزیستی عمومی ارتباط دارد [۸۹]. برای نمونه در کشور ما حسین خان زاده و همکاران در سال ۱۳۹۵ مطالعه ای با هدف تعیین تأثیر آموزش شناختی- رفتاری بر اضطراب بارداری و نوع انتخاب زایمان زنان نخست زای انجام دادند. علاوه بر مراقبت های معمول در گروه آزمایش آموزش شناختی- رفتاری طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای برگزار شد. نتایج نشان داد میانگین نمرات اضطراب بارداری در گروه مداخله کاهش معنادار داشت و همچنین گروه آزمایش بیشتر زایمان طبیعی را انتخاب کردند. محتوای مداخله در جدول زیر شرح داده شده است [۸۸].

الگوی حمایت روانی- جسمانی به وسیله جاگرن در مطالعه ای در سال ۱۹۹۸ مورد آزمون قرار گرفت. در موارد ترس از زایمان، کار روان درمانی تقریباً همیشه در خصوص ترس از دست دادن کنترل است. در واقع فرآیندهای زیست شناختی تولید مثل در اغلب موارد مثل حاملگی و زمان زایمان، خارج از کنترل است. این موضوع ممکن است برای بسیاری از زنان و همچنین مردان اضطراب آور باشد. بزرگترین چالش زایمان ممکن است جنبه های وجودی، سوالات زندگی و مرگ باشد که متمرکز بر قبل از زایمان هستند. پیش نیاز کار روانشناختی ایجاد رابطه قابل اعتماد با بیمار است. برای برخی زنان یک راهبرد حمایت کننده به منظور شناسایی و ارتقا قوت آنها بهترین انتخاب است. درمان آرام

سازی می تواند برای تسهیل انتظارات مثبت به کار رود که شامل فنون تجسم در مورد فرآیند تولد است. در برخی موارد مداخلات مامایی برای تسکین اضطراب اضافه شد. رویکرد یکپارچه روانی- جسمانی شامل مباحث فشرده به منظور شناسایی اهمیت تمرکز بر اضطراب است. این رویکرد همچنین دلالت بر کار روانشناختی بر روی زایمان قبلی، کلامی کردن احساسات، شناسایی لحظات ترسناک و شیوه های تقویت اعتماد به نفس و اعتماد به تیم مامایی دارد. این مباحث همچنین در رابطه با مراقبت های مامایی احتمالی و زایمان قبلی مورد توجه قرار گرفته و می تواند شامل مداخلات فعال مثل پلاسماسنجی، سونوگرافی برای تخمین وزن نوزاد و برنامه ریزی برای زایمان باشد. این ملاحظات زایمان بیشتر مبتنی بر نشانه های روانشناختی است تا زایمانی. این مشاوره ها به وسیله پذیرش احساسات و احترام به توانایی محدود زن برای درون گرایی روانشناختی است. در این کار احترام به سازوکارهای دفاعی فرد و تحریک نکردن اضطراب شدید او توسط روبه رو سازی با تجارب زمینه ای دردناک مثلا در کودکی، که او آماده نیست آنها را بفهمد و درباره آنها صحبت کند، لازم است. ارزشمندترین بخش رویکرد روانی- جسمانی، وفاداری فرد درمانگر یعنی ماما یا متخصص زایمان است که ممکن است فقدان اعتماد زن را جبران کند. گرچه این رویکرد روانی- جسمانی شناخته شده از پزشکی روانشناسی، بسیار هوشیار بوده و تلاش هایی برای کمک به زن برای منعکس کردن موضوعات روانشناختی و برانگیختن بینش در مواردی نظیر نیاز به کنترل یا عدم اعتماد به دیگران دارد. درمان آرام سازی با تشویق اعتماد به بدن و ظرفیت روانی در برخی موارد که زنان با توانایی حالت ریلکس شدن موافق بودند به کار رفت. اثر حساسیت زدایی یک راهبرد رفتاری است که می تواند به وسیله حمایت کردن از مادر باردار استفاده شود. این روش تقریبا همیشه مفید است. رویکرد شناختی به وسیله آموزش درباره زایمان، تسکین درد و افزایش احتمال زایمان در نتیجه یک کودک سالم و مادر سالم مهم بود [۱۳۲]. در بعضی موارد رویکرد روان تحلیلی (روانکاوی) می تواند با هدف بینش یافتن بر تعارضات ذهنی ناخودآگاه قبلی مانند نوع رابطه با والدین، نقش زنانگی، مادری و جنسی، به وسیله تفسیر احساسات مادر باردار مورد استفاده قرار گیرد. این رویکرد درمانی اغلب بر روی احساسات فرد درباره وابستگی هیجانی و فیزیکی و تجارب منفی وابستگی به دیگران کار می کند [۱۳۲].

کار عملی (بحث و گفتگو پیرامون سوالات زیر):

- ✓ میزان ترس از زایمان مادران باردار حاضر در کلاس را چگونه ارزیابی می کنید؟
- ✓ اگر پس از ارزیابی ترس از زایمان در کلاس متوجه شدید آنها به لحاظ میزان ترس با هم ناهمگون هستند و در گروه های مختلف قرار می گیرند، چه رویه ای برمی گزینید؟
- ✓ چگونه می توان مادران دچار ترس شدید را تشخیص داد؟ در حین کلاس یا قبل از کلاس؟
- ✓ حضور مادران دچار ترس شدید و مرضی چقدر می تواند در کلاس تاثیرگذار باشد؟
- ✓ نحوه برخورد و راهکار شما با مادران دچار ترس شدید و مرضی چیست؟
- ✓ چگونه می توان از حضور مادرانی که ترس کمی از زایمان دارند، بهره برد؟

۵. فنونی که به تسهیل مداخلات در هر سه سطح کمک می کنند:

۵-۱. فنون آرام سازی^{۲۴}. ادراک فردی درد بستگی به طیف گسترده ای از عوامل روان شناختی، از جمله خلق و خو، انتظارات، حمایت اجتماعی و ادراک کنترل دارد. تعدادی از فنون و رویکردهای غیر دارویی (تصویرسازی، آرام سازی، زیست بازخورد^{۲۵}) برای کمک به تحمل درد در بیماران، در دسترس قرار دارند. آموزش همزمان آرام سازی و بی حسی خودکار موجب شده اند که طول مدت زایمان ها کوتاه تر گردد و موجب درخواست کمتر داروهای بی حسی و ضد درد در زنان نخست زا و چند زا شود [۸۹]. روهه^{۲۶} و همکاران (۲۰۱۵) آموزش روانشناختی گروهی به همراه آرام سازی را برای ترس شدید از زایمان مورد آزمون قرار دادند. نتایج مطالعه آنها نشان داد در زنان دارای ترس شدید از زایمان شرکت در گروه روانشناختی منجر به سازگاری پس از زایمان بهتر، تجربه کمتر ترسناک زایمان و علائم افسردگی کمتر پس از زایمان گردید [۱۳۳].

در مطالعه سیستو^{۲۷} و همکاران (۲۰۰۶) در زنان فنلاندی دچار ترس شدید از زایمان، در سه ماهه سوم بارداری ۵ جلسه با روانشناس و یک جلسه با ماما شرکت کردند. هر جلسه شامل بحث و گفتگو درباره ترس و احساسات نسبت به تولد

²⁴ Relaxation techniques

²⁵ Biofeedback

²⁶ Rouhe

²⁷ Saisto

پیشین بود و پدر و مادر در یک فضای روان درمانی و تمرینات آرام سازی بر یک زایمان تجسمی متمرکز می شدند. بعد از درمان، ترس از زایمان تغییری نکرد اما ۶۷٪ زنان تصمیم به زایمان طبیعی گرفتند. آنها به اشتراک گذاشتن احساسات خود را در تسکین درد دو برابر مفید تر از دریافت اطلاعات دانستند. جلسات گروهی شامل بحث، تمرینات تجسمی و تمرینات آرام سازی بود. هر ۵ جلسه یک موضوع برای بحث داشت: اثرات آرام سازی، مراحل زایمان، تسکین درد، والدگری و درخواست ها و یادداشت های نوشته شده به ماما. در طول جلسه تسکین درد به طور خاص ماما فرآیند و مسیر زایمان را توصیف می کرد و زنان درباره گزینه های تسکین درد مطلع می شدند. هر جلسه شامل ۴۵ دقیقه آرام سازی هدایت شده با استفاده از دیسک صوتی ایجاد شده برای این هدف بود. این تمرین شرکت کنندگان را در تمام مراحل زایمان در وضعیت آرام شده ی ذهن به همراه پیشنهادات مثبت، آرام بخش و حمایتی هدایت می کرد. هر شرکت کننده به خلق تصاویر تقویت کننده و آرامش بخش تشویق شد [۱۳۴].

در حوزه تأثیر آرام سازی در مطالعات ایران، خرسندی و همکاران در سال ۱۳۸۷ تأثیر تن آرامی بر کاهش ترس و انجام زایمان طبیعی در زنان نخست زا را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج مطالعه آنها نشان می دهد زنان نخست زایی که تحت آموزش تن آرامی قرار گرفتند نمره ترس از زایمان پایین تری نسبت به گروه شاهد داشتند و همچنین میزان سزارین به طور معنادار کمتر بود. برنامه آموزشی شامل ۹ جلسه ۹۰ دقیقه ای در سه ماهه سوم بارداری بود. در تمام مراحل تحقیق یک مربی مجرب به همراه محقق، آموزش کلیه گروه ها را بر عهده داشتند. به منظور تشویق زنان باردار در انجام تمرین منظم تن آرامی، ابتدا جلسه آموزشی مشترک با حضور همسرانشان برگزار گردید و به تأثیر ترس از زایمان بر سلامت مادر و کودک و خانواده اشاره شد و بر نقش ایشان در حمایت جسمی روانی از همسرانشان تأکید گردید. از پدران خواسته شد تا در انجام تمرینات و شرکت منظم در کلاس ها مشوق و حمایت کننده همسران خود باشند. اهم آموزش های داده شده شامل انجام تنفس عمیق، شل سازی عضلات، آرام سازی به روش رهاسدگی، آرام سازی از طریق شرطی شدن، آرام سازی افتراقی و تصویرسازی مرتبط با زایمان بود. در آموزش تن آرامی از نمایش عملی، ایفای نقش، سخنرانی و لوح فشرده آموزشی تن آرامی استفاده شد [۱۲]. همچنین یک مطالعه مروری توسط حسن دوست فرخانی و همکاران با هدف بررسی تأثیر فعالیت های هوازی بر ترس زایمان و انجام زایمان طبیعی در زنان نخست زا انجام شد. نتایج آنها نشان داد تمرینات تنفسی موجب افزایش ترشح هورمون اندورفین یا هورمون ضد درد و کاهش ترشح هورمون آدرنالین

شده و با تاثیر بر اعصاب اتنوم موجب آرام سازی در مادر می شود. همچنین فنون تنفسی با قوی ساختن قدرت تطابق مادر و افزایش سازگاری مثبت به طور چشمگیری با سلامت عمومی زن باردار مرتبط بوده و به پیوند عاطفی مادر و کودک کمک می کند [۱۳۵].

۵-۲. خلاصه سازی^{۲۸}. در مواردی که ترس از زایمان ثانویه است بازخورد مناسب با آنچه در طول زایمان قبلی اتفاق افتاده ممکن است از بسیاری سوء تفاهم ها پیشگیری کند و بتواند به زنان کمک کند تا با زایمان بعدی احتمالی به طور مؤثرتری روبه رو شوند. این مداخله در کار پنباکر^{۲۹} که الگوی نوشتاری در ادبیات روانشناختی را معرفی کرد مرسوم شد. بعد از اینکه زنان مشکلات خود را نوشتند، پزشک متخصص بیماری های زنان جلسه ای برای رفع عدم اطمینانشان درباره زایمان ترتیب می دهد. به علاوه هر عضو از تیم پزشکی (مثل متخصص زایمان، ماما و متخصصان زنان) که با زنان دچار ترس از زایمان روبرو می شود، در خصوص ترس زنان از زایمان و عدم اطمینان آنها دانش و اطلاعات دارد. همچنین مادران در اتاق زایمان حمایت بیشتری کسب می کنند. نتایج اولیه ی این مداخله مثبت گزارش شده و مادر احساس می کند که مشکلاتش جدی گرفته شده و تیم پزشکی به اندازه کافی آماده است [۱۰۵].

۵-۳. مشاوره. مشاوره اطلاعات مفیدی برای زنان مبتلا به ترس از زایمان فراهم می کند و به آنها در انتخاب نوع زایمان کمک می کند. این رویکرد بر مولفه های ذیل تاکید می کند: ۱. رابطه خوب و اعتماد، ۲. تشخیص احساسات و نگرانی های مرتبط با تولد شامل شناسایی تجارب آسیب زا و پیچیده قبلی مرتبط با سلامت باروری، سوء استفاده و دیگر مشکلات دشوار که می تواند به وسیله تولد قریب الوقوع فعال شود، ۳. نمودار وضعیت زندگی، سلامت جسمانی و روانشناختی قبلی و حال حاضر، خطر زایمان ۴. فرموله کردن و پردازش وقایع زندگی پر از اضطراب که می تواند به وسیله تولد قریب الوقوع فعال شود ۵. تمایز بین تولد به عنوان عامل محرک و موضوعات زندگی دشوار و به عنوان علت ترس از تولد و ۶. کمک به زن برای دیدن راه حل های دیگر غیر از به دنیا آوردن به وسیله سزارین برنامه ریزی شده [۱۰۵].

²⁸ Briefing

²⁹ Pennebaker

به طور خاص اتخاذ رویکرد چند رشته ای و کل نگر در مسئله ترس و اضطراب ناشی از زایمان ضروری و انکار ناپذیر است. بدین معنا که مسئولیت و وظیفه ی همه ی اعضای تیم سلامت از جمله روانشناسان، متخصصان زنان و زایمان و ماماها از یک سو و همسران، بستگان و دوستان مادران باردار از سوی دیگر است. همه باید در برابر اضطراب ها و ترس های مادر باردار صبور و حمایت گر باشند.

۶. ترس و خودکارآمدی مادر باردار:

تجارب بالینی نشان داده زایمان یک تجربه پراسترس است که زنان به شیوه های مختلفی با آن مقابله می کنند. یکی از جنبه های بسیار مهم مقابله، اعتماد به توانایی فرد برای مقابله با آن است و نتایج مطالعات مختلف قبلی نشان داده که خودکارآمدی با شدت درد ادراک شده در طول زایمان رابطه منفی دارد. به بیان دیگر خودکارآمدی ارزیابی فرد از توانایی خود برای مقابله با موقعیت های پر استرس و انجام رفتارهای لازم در خصوص نگرانی در طول زایمان را دربرمی گیرد [۱۳۶].

زنان با خودکارآمدی پایین ممکن است به زایمان سزارین به دید یک راه حل برای مقابله با ترس و بلا تکلیفی در رابطه با زایمان طبیعی نگاه کنند و زایمان سزارین را ایمن تر و با درد کمتر نسبت به زایمان طبیعی درک کنند.

بنا بر نظر نگارندگان این محتوا، شاید بتوان خودکارآمدی دوران بارداری و خودکارآمدی زایمان را در عین حال که با هم مرتبط هستند، از یکدیگر متمایز کرد. خودکارآمدی در دوران بارداری موجب گذراندن یک دوران ایمن می شود که به دنبال آن مادر می تواند از خود و جنین مراقبت کند و خودکارآمدی در زمان زایمان که بیشترین مطالعات را به خود اختصاص داده است. شکل گیری خودکارآمدی زایمان باید در دوران بارداری آغاز گردد و به تدریج برای غلبه بر

ترس از زایمان عمل کند. آنچه در کلاس های آمادگی زایمان در کشور ما در حال انجام است خودکارآمدی مادر باردار را در دوران بارداری ارتقاء می دهد و مادر مهارت های لازم را کسب می کند. اما آنچه در طرح فعلی بر آن تمرکز شده خودکارآمدی زایمان است. با توجه به اینکه بارداری یک دوره و فرآیند است و اضطراب ها از ابتدای این دوره شکل می گیرد لازم است در طی بارداری به مفهوم خودکارآمدی زایمان پرداخته شود.

عوامل مختلفی بر خودکارآمدی مادران باردار برای انجام زایمان طبیعی تأثیر دارد [۱۳۷]. مطالعات نشان داده اند یکی از عوامل مهم و مؤثر بر خودکارآمدی زایمان، ترس از زایمان است [۱۳۷، ۱۳۸]. نتایج طرح فعلی نیز نشان می دهد ترس، مفهوم محوری تأثیرگذار بر خودکارآمدی زایمان است. توانمندسازی مادر باردار به لحاظ ذهنی و کسب مهارت ها و کنترل خود برای مقابله ی صحیح در خصوص زایمان طبیعی، بازوی مهم ارتقای خودکارآمدی مادر باردار است که می تواند یکی از اهداف اصلی کلاس های آمادگی بارداری و زایمان را در ایران تشکیل دهد.

جهت ارتقای خودکارآمدی زایمان لازم است مادر هم از نظر ذهنی آماده باشد که در جریان آموزش روانشناختی خود را برای مقابله با زایمان آماده می کند و هم مهارت های لازم را کسب کند که در ادبیات پژوهش ۷ شاخص را به آن اختصاص می دهند: (۱) تمرکز، (۲) مثبت اندیشی، (۳) حمایت، (۴) کنترل، (۵) آرام سازی، (۶) تشویق خود و (۷) تنظیم تنفس [۱۳۹]. رفتارهای مقابله با زایمان با ۶ بعد خودکارآمدی زایمان شامل تمرکز، حمایت، کنترل، آرام سازی، و تنظیم تنفس مرتبط است [۱۴۰]. در واقع هدف ما ارتقای خودکارآمدی مادر باردار برای زایمان طبیعی است و از آنجا که ترس عامل اصلی است که موجب کاهش خودکارآمدی می گردد برای ما جایگاه ویژه ای دارد. مطالعات در دنیا هم این موضوع را مورد تایید قرار می دهند.

"هدف نهایی از آموزش مادران باردار در کلاس های آمادگی زایمان، ارتقای خودکارآمدی آنان

برای انتخاب شیوه ی زایمان طبیعی و کاهش سزارین انتخابی است."

در فصل آینده به روش های برقراری ارتباط و آموزش مؤثر جهت انتقال بهتر مطالب توسط مدرسان به مادران باردار در راستای ارتقای خودکارآمدی پرداخته خواهد شد.

فصل سوم

اصول و روش های آموزش موثر در کلاس های

"آمادگی برای زایمان"

در پایان این فصل شما:

۱. با اصول و مبانی نظریه ی آموزش بزرگسال و کاربرد آن در برگزاری کلاس های آمادگی زایمان آشنا خواهید شد.
۲. با اصول بحث و مذاکره ی گروهی و کاربرد آن در برگزاری کلاس های آمادگی زایمان آشنا خواهید شد.
۳. با اصول مصاحبه ی انگیزشی و کاربرد آن در برگزاری کلاس های آمادگی زایمان آشنا خواهید شد.

۱. اصول و مبانی آموزش بزرگسالان

آموزش بزرگسالان فرآیندی است سازمان یافته به منظور ایجاد آگاهی، شناخت و مهارت بزرگسالان تا بتوانند در جهت تکامل و تعالی حرکت نموده و در سرنوشت جامعه خود از لحاظ فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی مشارکت فعال داشته باشند. این فرآیند کوشش آگاهانه ی جامعه است که غالباً از طریق موسسات عمومی یا سازمان های داوطلب برای اعتلای سطح آگاهی افراد جامعه به عمل می آید [۱۴۱]. آموزش بزرگسالان؛ فناوری آموزشی، مفهوم، اصول، روش و اهداف خاص خود را دارد که در ذیل به اجمال به آن اشاره خواهد شد [۱۴۲]:

۱-۱. اصول و مبانی آموزش بزرگسالان: از نظریه تا عمل

یاد دادن یک چیز است و یاد گرفتن چیز دیگری که لزوماً همگام و همراستا با هم پیش نمی روند! به عنوان افراد آموزش دهنده کار ما تسهیل یادگیری برای فراگیر است؛ به عبارت دیگر اطمینان از این که آنچه فراگیران می آموزند همان چیزی است که ما قصد آموزش آن را داریم. رعایت ۵ اصول زیر به ما اطمینان می دهد که آموزش گیرندگان ما واقعاً یاد خواهند گرفت.

(۱) سود شخصی: آموزش گیرندگان بزرگسال باید فایده ی چیزی که در حال یادگیری آن هستند را درک کنند و چگونگی نحوه استفاده از آن را برای رفع نیاز خود بدانند. آنها زمانی انگیزه ی یادگیری خواهند داشت که:

✓ مشکلی را برای آنها حل کرده و یا پیشگیری کند.

✓ فرصتی را برای آنان ایجاد کرده و یا وضعیتشان را بهبود بخشد.

✓ رشد شخصی و یا حرفه ای آنان را در پی داشته باشد.

۲) تجارب قبلی: آموزش گیرندگان بزرگسال با مجموعه ای از دانش و تجربه شخصی وارد کلاس های آموزشی می شوند. آنها زمانی انگیزه ی یادگیری خواهند داشت که:

✓ در به اشتراک گذاشتن آنچه که می دانند مشارکت کنند.

✓ بر آنچه که می دانند بیفزایند.

✓ بر دانش و مهارت های آنان مهر تایید بزند.

۳) خود راهبری: آموزش گیرندگان بزرگسال خود راهبر هستند و باید بر آنچه که یاد می گیرند کنترل داشته باشند. آنها زمانی انگیزه ی یادگیری خواهند داشت که:

✓ مسئولیت یادگیری و تصمیم گیری درباره ی نحوه ی برخورد با مطالب آموخته شده بر عهده ی خود آنها باشد.

✓ به یادگیری دیگر فراگیران کمک کنند.

✓ در فرآیند یادگیری از درجاتی از استقلال برخوردار باشند.

۴) کاربرد و عمل: آموزش گیرندگان بزرگسال غالبا درگیر و پر مشغله هستند، آنان عمل‌گرا بوده و خواهان آموزش عملی و کاربردی هستند. آنها زمانی بهترین یادگیری را خواهند داشت که:

✓ کاربرد زود هنگام برای یادگیری وجود داشته باشد.

✓ به طور فعال در فرآیند یادگیری مشارکت داشته باشند.

✓ بتوانند دانش و مهارت های جدید را در همان جلسه ی آموزشی تمرین و آزمون کنند.

۵) سبک های یادگیری: فراگیران بزرگسال از دست ها، چشم ها، گوش ها و همچنین منطق و استدلال خود برای یادگیری و نهادینه سازی مهارت‌ها و دانش جدید استفاده می کنند. آنها زمانی بهترین یادگیری را دارند که:

✓ آموزش دربرگیرنده ی روش های یادگیری مختلف بوده منطبق بر ترجیحات آنان و محرک جنبه های مختلف هوش و توانایی ذهنی آنان باشد.

✓ از ابزارها و وسایل کمک آموزشی چندگانه برای آموزش استفاده شود.

۲-۱. تفاوت آموزش گیرندگان بزرگسال و کودک

در مقایسه با کودکان، آموزش افراد بزرگسال علاوه بر این که "اهداف متفاوتی" را دنبال می کند نیازمند به کارگیری "روش های متفاوتی" است.

کودک	بزرگسال
در خصوص آنچه که باید بیاموزد متکی به تصمیم دیگران است.	در خصوص آنچه که باید بیاموزد متکی به تصمیم خود است.
اطلاعات ارائه شده را بر اساس باورها و تجارب خود بررسی می کند.	اطلاعات ارائه شده را بر اساس اهمیت ظاهری آن قبول می کند.
انتظار دارد آنچه یاد می گیرد در آینده درازمدت مفید باشد.	انتظار استفاده سریع و مفید از محتوای آموزشی دارد.
تجارب ساختارمندی در برابر مسائل ندارد.	دارای تجارب قبلی و احتمالاً دیدگاه های ثابت در خصوص مسائل است.
از توانایی کافی برای ارائه اطلاعات و دانش به آموزش دهنده و آموزش گیرندگان دیگر نیست.	دارای توانایی کافی ارائه اطلاعات و دانش به آموزش دهنده و آموزش گیرندگان دیگر است.

از این رو باور واقعی و احترام قائل شدن برای اصول ذیل شرط لاینفک آموزش بزرگسالان است:

- ✓ مسئول زندگی هر فرد بزرگسال خود اوست.
- ✓ فرد بزرگسال نسبت به تصمیمات خود و نتایج آن مسئول است.
- ✓ شرکت در فرآیند آموزش و نحوه استفاده از آن برای فرد بزرگسال کاملاً اختیاری است.
- ✓ فرد بزرگسال از نقش ها و جایگاه اجتماعی دیگری نیز برخوردار است.

شناخت هر چه بیشتر افکار، احساسات و تجارب آموزش گیرندگان بزرگسال که به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر آمادگی آنان برای یادگیری و تغییر رفتار اثر می گذارد، ضروری و اجتناب ناپذیر است.

۱-۳. کاربرد اصول آموزش بزرگسال در کلاس های آمادگی زایمان

مادران باردار به عنوان آموزش گیرندگان بزرگسال انتظار دارند محتوایی که در کلاس ارائه می شود مفید و کاربردی باشد. آنها با مجموعه ای از دانش و تجارب قبلی درباره زایمان وارد کلاس ها می شوند. برخی از آنها نخست را بوده و برخی دیگر ممکن است قبلا تجربه زایمان طبیعی و سزارین داشته باشند. در هر دو صورت ترکیبی از افکار، هیجانات، باورها و اعتقادات فردی و القائات خانواده و اطرافیان در مورد زایمان آنها را احاطه کرده و بر انتخاب نوع زایمان از سوی آنان موثر است. اگر مادر باردار به نوع زایمان خود فکر کرده و آن را انتخاب کرده باشد، حتما دلایل و انگیزه هایی برای انتخاب خود دارد که در شکل گیری آن کسب دانش و اطلاعات درست یا نادرست از محیط اطراف نقش انکارناپذیری داشته است. نتیجه ی کنجکاوی طبیعی مادران باردار به ویژه مادران نخست را در کسب اطلاعات از منابع موجود اعم از رسانه ها و شبکه های اجتماعی متعدد امروزی، می تواند احساسات مختلفی را در رابطه با زایمان در آنان ایجاد نماید؛ از جمله: ترس، خوشحالی، ناامنی و یا ترکیبی از احساسات و تجارب مختلف و متضادی که نقش مهمی در نحوه ی تصمیم گیری آنها دارد. بنابراین پرداختن به این تجارب ذهنی در کلاس های آمادگی برای زایمان ضرورتی تردید ناپذیر است. از سوی دیگر مشارکت مادران باردار در کلاس و انعطاف پذیری مدرسان در انتخاب مطالب و شیوه ی ارائه ی آنها نقش مهمی در ایجاد و ارتقای انگیزه ی مخاطبان برای تغییر و اتخاذ تصمیم مناسب دارد. این نقش با به اشتراک گذاشتن دانش و تجارب ذهنی و عینی آنها در کلاس ها میسر می شود.

کار عملی:

بر اساس اصول آموزش بزرگسالان ضروری است پیش از حضور در کلاس های آمادگی زایمان به این سوالات بیندیشیم:

۱- سود این کلاس ها برای مادران باردار چیست؟

بحث و گفتگو در مورد پاسخ سوالات زیر:

- این کلاس ها چه مشکلی را از مادران باردار حل می کند؟
- چه فرصتی را برای آنها ایجاد می کند؟
- چه وضعیتی را برای آنها بهبود می بخشد؟

۲- در طول این کلاس ها تجارب مادران باردار چگونه مورد استفاده قرار می گیرد؟

بحث و گفتگو در مورد پاسخ سوالات زیر:

- نحوه ی مشارکت مادران باردار در فرآیند یادگیری چگونه است؟
- به اشتراک گذاشتن تجارب فردی چگونه بر دانش آنان افزوده و موجب اصلاح باورهای قبلی می شود؟

۳- در طول این کلاس ها چگونه استقلال مادران باردار حفظ می شود؟

بحث و گفتگو در مورد پاسخ سوالات زیر:

- چگونه مسئولیت فردی مادران در یادگیری مطالب و سپس بهره گیری از آن در انتخاب مناسب ترین نوع زایمان مورد تاکید قرار می گیرد؟
- چگونه از خود آنان برای هدایت دیگر آموزش گیرندگان بهره گیری می شود؟

۴- چگونه مطالب ارائه شده در کلاس ها به شکل عملی تمرین می شود؟

۵- با توجه به این که شیوه های یادگیری در افراد مختلف متفاوت است برای تسهیل یادگیری مادران از چه راهکارها و روش های کمک آموزشی می توانیم استفاده کنیم؟

۲. اصول و روش های بحث و آموزش گروهی

گروه عبارت است از دو یا چند نفر که به هم وابسته اند و بین آنها برای رسیدن به هدف مشترک ارتباط برقرار می شود. تحقیقات نشان می دهد که بحث گروهی که نوعا در گروه های کوچک ۱۲ تا ۱۵ نفره انجام می شود، اگر به درستی سازمان دهی شود، نتایج بهتری از روش های آموزشی سنتی مانند سخنرانی به بار می آورد. در این روش اگر مخاطبان را ترغیب نمائیم که در خصوص موضوعات مورد بحث، تجارب متفاوت خود از دیگر اعضای گروه را ارائه کنند نتایج بهتری حاصل می شود. بحث و مذاکره جریان کاوش و جستجو برای یافتن پاسخ به سوالی یا پیدا کردن راه حل مشکلی که از طریق تاثیر و تاثر متقابل گفتگوکنندگان برهم میسرس می گردد. موقعی که بخواهیم مفهوم جدیدی را به فراگیران بیاموزیم و انتظار داریم که همه آنها برداشت یکسانی از آن داشته باشند؛ و همچنین وقتی بخواهیم ذهن مخاطبان را به تکاپو و جستجو وا داریم، بحث گروهی روشی است منحصر به فرد. جهت دستیابی به اهداف آموزشی، برنامه ریزی مناسب و آشنایی با اصول مدیریت بحث های گروهی ضرورتی انکارناپذیر است. علاوه بر کسب دانایی موارد ذیل از جمله فواید عملی بحث گروهی است [۱۴۳]:

- **تبادل اطلاعات:** بحث گروهی وسیله موثر برای تبادل اطلاعات و کسب آگاهی است زیرا هر فرد دانش و تجربیات شخصی خود را با دیگر اعضای گروه به اشتراک گذاشته و به بالابردن سطح و اندازه معلومات یکدیگر کمک می کنند.
- **رفع اختلاف یا کدورت:** تفاوت دید و شناخت در بین مردم امری طبیعی است و این تفاوت موجب تفاوت باورها و اعتقاد آنان است که می تواند موجب اختلافاتی شود. از طریق بحث گروهی و با نزدیک شدن دیدگاه ها و شناخت ها در امور و مسایل کوچک راه برای همفکری و همکاری در مسایل بزرگتر هموار می شود.
- **تغییر یا تثبیت رفتار:** شناخت انسان از جهانی که در آن به سر می برد و رفتار او نسبت به آنچه در زندگی با آن مواجهه می شود عمدتا آموختنی است. بینش و الگوهای رفتاری همان طور که با یادگیری و آموزش فرا گرفته و تثبیت می شوند؛ قابل تغییر و تعدیل یا جایگزین شدن نیز هستند. رفتار و واکنش های دیگران نسبت به رفتار و گفتار ما آینه گویایی است که اثر و نتیجه رفتار و گفتار یا واکنش های ما را نسبت به دیگران بازمی تاباند و ما با دقت در این بازتاب می توانیم به سودمندی یا زیان بخشی رفتار و گفتارمان واقف شویم.

- اتخاذ تصمیم مقتضی: تصمیم گیری چه فردی و چه جمعی جریانی است که می توان از ابتدا تا انتهای آن را به چند مرحله تقسیم نمود: احساس نیاز؛ امکان یا عدم امکان تحقق وضع دلخواه، انتخاب راه یا راه ها و وسایل رسیدن به وضعیت دلخواه.

همانگونه که در فصول پیشین اشاره شد ترس از زایمان و احساس عدم امنیت ناشی از آن مهمترین عامل تاثیرگذار بر انتخاب نوع زایمان در مادران باردار ایرانی محسوب می شود. بنابراین یکی از مهمترین راهبرد های کاهش سزارین انتخابی توانمندسازی مادران باردار در خصوص مقابله ی مناسب با ترس از زایمان طبیعی و عواقب آن است. تشکیل گروه های کوچک با مادران باردار و بعضا همسران آنان، علاوه بر فراهم نمودن امکان تبادل اطلاعات و تجربیات شخصی مشارکت آنان در فرآیند یادگیری و استفاده از تجارب یکدیگر، فرصت آشنایی بیشتر تسهیل گر با تجارب فراگیران و شناخت دلایل امتناع آنان از زایمان طبیعی و به ویژه احساس ترس و عدم امنیت را ایجاد می نماید. هر یک از مادران باردار در دیدگاه خود نسبت به زایمان طبیعی، دلایل امتناع از آن، ترس ها، تجارب ذهنی و انگیزه های مؤثر بر انتخاب آنها در نوع زایمان با یکدیگر متفاوتند. با وجود این تفاوتها وقتی تجربیات خود را به اشتراک می گذارند بر نگرش یکدیگر تأثیر می گذارند. برای مثال مطرح کردن تجربه موفق یا ناموفق یکی از مادران باردار در زایمان قبلی، ممکن است بر تعدیل یا تشدید احساس ناامنی و ترس نسبت به زایمان طبیعی در دیگر اعضای گروه تأثیرگذار باشد. بنابراین به اشتراک گذاری و بازخوردهایی که افراد گروه به یکدیگر می دهند، باعث آگاهی بیشتر مادران باردار از افکار و احساساتشان در رابطه با زایمان می شود. ممکن است مادر بارداری حتی از نامعقول بودن ترس خود آگاه نباشد. اما وقتی دیگر افراد گروه که وضعیت مشابهی با او دارند، او را آگاه می کنند به نوعی یادگیری صورت می گیرد و به صورت ماشه چکانی عمل می کند که مادر باردار بخواهد در طرز فکر خود نسبت به موضوع تجدید نظر کند. در این صورت تصمیم گیری نهایی مادران باردار در گروه، تحت تأثیر عقاید، نظرات و بازخوردهای دیگر افراد گروه خواهد.

بحث گروهی می تواند ضامن حصول اهداف فوق باشد

۱-۲. مدیریت بحث گروهی و تسهیل فرآیند یادگیری

در بحث گروهی، لازم است مدیر یا مسئول برگزاری، بینش ها و رفتارهایی را فراگرفته و آنها را به کار گیرد تا سودمندی و موفقیت جلسات بیشتر گردد.

۲-۲. آشنایی با فواید بحث گروهی

بینش: گفتار و رفتار مردم همیشه و در هر زمان ساخته و پرداخته ی جهان بینی و شناخت و بینشی است که از موقعیت و شرایط دارند. تصورات فراگرفته و باروهای آموخته شده ای که هر کس از سود و زیان و اثرات گفتارها و کردارهای متنوع دارد بعضی از گفتارها و کردارها را بر صحنه تحقق روانه می سازد و برخی را بازپس می زند. بینش هایی که برای اداره جلسات بکار می روند عبارتند از :

- راهنمایی و نه ریاست،
 - نظرهای جمعی از نظرهای فردی درست تر هستند،
 - برای رسیدن به هدف سرعت حرکت از خود حرکت اهمیت کمتری ندارد.
- کنش:** لازم است بینش ها بصورت اعمال و کنش هایی بروز یابند تا ابراز وجود همه افراد را ممکن سازد و تبادل افکار آنان را از قوه به فعل در آورد. کنش هایی که ادراه کنندگان بحث گروهی باید انجام دهند عبارتند از :

- آشنایی با موضوع قبل از شروع جلسه
- آماده سازی وسایل محل و تجهیزات مورد نیاز جلسه با کمک سایر اعضا
- تشکر از شرکت تک تک اعضای در جلسه
- آشنایی با تک تک اعضای شرکت کننده در جلسه
- ترغیب افراد به شرکت در بحث در طول بحث
- برگرداندن بحث به مسیر اصلی در صورت انحراف
- رفع علت طفره رفتن افراد برای بحث در مورد موضوع
- استفاده از اطلاعات و تخصص همه اعضا
- تمجید و ارزش نهادن بر گفتار و رفتارهای سازنده و یا انتقاد از رفتارهای بازدارنده

و کنش هایی که آنها نباید انجام دهند عبارتند از:

- کوچک شمردن اعضا
- توجه به فردی خاص و یا عده ی محدود از حضار
- اظهار نظر بیشتر از جانب خودش
- نظر خواهی صرف از اعضای سرشناس جلسه
- ابراز عقیده خودش بلافاصله بعد از اظهار نظر هر فرد
- او و دیگر اعضا برای باور باشند که انتخاب مدیر به علت لیاقت او است نه شهرت یا جایگاهش

بر اساس اصول بحث گروهی، پیشبرد گروه در راستای اهداف تعیین شده، نیازمند فردی است که توانمندی اداره جلسات را دارا باشد. از این فرد در بحث گروهی به عنوان مدیر یاد می شود که نقش راهنمایی و هدایت گروه را عهده دار است. از سوی دیگر طبق نظریه آموزش بزرگسال، فرد آموزش دهنده در نقش تسهیل گر و اعضای گروه دارای نقش فعال مشارکت کننده هستند. هر دو مبحث مطرح شده در پیشبرد اهداف آموزشی و ایجاد تغییر در فراگیران مکمل یکدیگرند و به لحاظ وظایف همپوشی زیادی با هم دارند؛ بنابراین موفقیت در کارآمد بودن کلاس ها نیازمند ترکیب هر دو نقش مطرح شده (مدیر و تسهیل گر) و کسب مهارت در انجام آنهاست.

هدف و انگیزه اصلی آموزش بزرگسالان تسهیل تغییر در سطح دانش، نوع نگرش و رفتار و مهارت ها است که با مشارکت فعال آنان در فرآیند آموزش تحقق می یابد. این مشارکت، زمانی به بهترین نحو انجام می گیرد که مدرس از نقش معلم خارج شده و در نقش تسهیل گر قرار گیرد. در آموزش موثر برای بزرگسالان به کارگیری رویکرد سنتی معلم-شاگردی نه تنها تسهیل کننده نیست بلکه مانع دستیابی به اهداف آموزشی نیز است. تسهیل گر با هدایت آموزش گیرندگان در موضوع خاص افراد را برای به اشتراک گذاشتن عقاید و نظراتشان تشویق و فرآیند یادگیری را تحریک می کند. همان طور که پیش تر اشاره شد، با توجه به اصول آموزش بزرگسال فرد آموزش دهنده بیشتر نقش تسهیل گری را برعهده دارد. در بحث گروهی مدیر بحث نیز به عنوان یک تسهیل گر کارآمد که با خصوصیات زیر عمل می کند:

- ✓ هدف را روشن می‌کند.
 - ✓ از روش ها و ابزار های مناسب استفاده می‌کند.
 - ✓ ضمن تمرکز بر اهداف، منعطف است.
 - ✓ شیوه‌های مختلف آموزشی را فراهم می‌آورد.
 - ✓ برای فرهنگ، حقوق و استقلال گروه احترام قائل است.
 - ✓ نیازها، فرآیند پیشرفت و اثرگذاری گروه را می‌شناسد.
 - ✓ گوش می‌دهد و برای اطمینان از ادراک مطلب عکس العمل مناسب نشان می‌دهد.
 - ✓ اعتماد ایجاد می‌کند.
 - ✓ نظارت بر فرآیند و بی‌طرفی نسبت به محتوا را تمرین می‌کند.
 - ✓ اطلاعات ارائه شده را با بررسی مجدد با افراد، شفاف سازی می‌کند.
 - ✓ بین اطلاعات روابط عمیق ایجاد می‌کند.
 - ✓ به ساختار و فرآیند گروه با انعطاف پاسخ می‌دهد.
 - ✓ از متخصصان دیگر در مواردی که تخصص و تجربه کافی ندارد، کمک می‌گیرد.
 - ✓ برای تداوم پیشرفت در زمینه مهارت و دانش تسهیل کنندگی احساس مسئولیت می‌کند.
- با جمع بندی تکمیل موارد فوق می توان گفت که مدیر اصول را به عنوان یک تسهیل گر کارآمد رعایت می‌کند:
- انصاف:** بی طرف است و موضوع بحث را بدون سوءگیری و جانبداری هدایت می‌کند.
- مشارکت:** به جای این که خود را در مرکز توجه قرار دهد با سوال پرسیدن، بحث کردن، بازخورد گرفتن و مشورت خواستن از مخاطب در مورد روش و مراحل برنامه آموزشی، گروه را در اولویت قرار می‌دهد.
- جامعیت:** نسبت به نیاز هر شرکت کننده و نقش او در گروه حساس است. مهم است تنها گروه کوچکی از شرکت کنندگان آموزش و مباحث را به دست نگیرند.

احترام: نسبت به هر شرکت کننده احترام و قدردانی دارد و اطمینان می‌یابد که همه شرکت کنندگان نسبت به هم احترام متقابل دارند و هم چنین نسبت به مسائل سنی، فرهنگی و سنت‌ها حساس است و احترام مورد انتظار را نشان می‌دهد.

برابری: هر شرکت کننده از حق برابر برای مشارکت، تاثیرگذاری و تعیین جهت گروه برخوردار است. برابری هم چنین با احترام، ارزش قائل شدن به تجربه شخصی و مشارکت ارتباط دارد. مشارکت هر شرکت کننده در بحث یا فعالیت‌های مشترک ارزشمند است.

اعتماد و امنیت: برای تشویق به مشارکت همگان اعتماد و امنیت را تشویق می‌کند. شرکت کنندگان باید احساس آزادی و راحتی در گروه کنند و از محرمانه بودن اطمینان بتوانند هر چیزی را بدون ترس از گزارش در بیرون گروه، در میان بگذارند.

گوش دادن: به آنچه افراد می‌گویند گوش می‌کند و آنها را تنظیم می‌کند. این موضوع مستلزم آگاهی از معانی کلامی و غیر کلامی ارتباط است.

آمادگی: توانایی انجام تمام تکالیف را دارد. با مثال پیش می‌رود. آمادگی برای آموزش اعتماد به نفس بیشتری به او می‌دهد و پذیرش او از جانب شرکت کنندگان نیز بیشتر می‌شود.

انعطاف‌پذیری: به رغم آمادگی‌ها و برنامه ریزی انعطاف‌پذیری بالایی دارد. انعطاف‌پذیری، کار کردن بر روی مشکلات پیش‌بینی نشده و تطبیق فصول آموزش با نیازهای شرکت کنندگان را مهیا می‌سازد.

زمانسنجی: وقت شناس است و هر فصل آموزشی را براساس زمان منطقی قرار می‌دهد؛ و بر تاریخ و زمان مختص هر فعالیت نظارت دارد.

اقتدار: مقتدر است و شرکت کنندگان نسبت به او احترام قائل هستند. اقتدار وابسته به احترام و اعتماد دریافت شده از سوی شرکت کنندگان و مهارت آموزشی اوست.

۲-۳. بحث گروهی: نقش ها و اقدامات

گروه یک اجتماع است و کار گروهی کار اجتماعی است. یعنی در ارتباط و تماس افراد با یکدیگر که هر یک دارای فکر، بینش، خواست و جهت هستند صورت می گیرد و حرکات آنها بر اساس خواستها و بینش های شخصی و تصوراتی که از بینش ها و خواسته های یکدیگر دارند، قوت و جهت می گیرد. به همین علت لازم است برای نزدیک کردن خواستها و بینش ها و در نتیجه هماهنگ کردن اقدامات، اطلاعات و بینش ها در میان گذارده شوند و تجزیه و تحلیل گردند. به علاوه هر کس باید سعی کند با گفتار و کردار خود ارتباط های گروهی را تسهیل و تماس های افراد با یکدیگر را روان سازد. مدیر و دیگر اعضای شرکت کننده باید برای توفیق هر چه بیشتر بحث گروهی نقشها و اقدامات خاصی را دنبال کنند:

- نقش های سازنده: اقدامات و نقش هایی که رویکرد ایجاد و سازندگی بحث را دارا هستند.
- نقش های تبیینی: اقدامات و نقش هایی که جنبه تحلیل و تبیین دارند.
- نقش های پردازنده: اقدامات و نقش هایی که باعث تسهیل و انگیزش می شوند.

۲-۳-۱. نقش های سازنده

ورود به مطلب: پس از آشنا شدن اعضا با یکدیگر، در آغاز فرآیند بحث گروهی لازم است مدیر یا یکی از اعضا در جهت ورود به بحث، سکوت را بشکند، در رابطه با موضوع مورد بحث سوالی مطرح کند، اظهار عقیده نماید، پیشنهاد و یا راه حلی ارائه دهد.

ارائه اطلاعات و اظهار نظر: پس از روشن شدن موضوع بحث گروهی و کسب اطلاعات و آشنایی با دیدگاه های اعضا، آنها باید به ارائه اطلاعات و ابراز نظر پردازند و از سکوت پرهیز کنند.

توضیح و سوال برای توضیح: برای جلوگیری از ابهامات بحث که به علت کم رویی یا هر علت دیگر ایجاد شده در وهله اول گوینده خود باید صحبتش را بیشتر از آنچه خود ساده می پندارد ساده تر بیان کند و برای حصول اطمینان از اعضا گروه بخواهد تا اگر مطلبی را به خوبی متوجه نشدند و درک نکردند از او توضیح بخواهند؛ و اگر مطلبی برای هریک از اعضا باید اگر مطلبی برای خود یا دیگران نامفهوم یافتند رها نسازند و از گوینده طلب وضوح کنند. مدیر و دیگر

مسئولان بحث وظیفه دارند چنانچه احساس می کنند در جلسه کسی صحبت گوینده را به خوبی درک نکرده و به هر علتی از سوال برای توضیح خودداری کرده، خودشان آن توضیح را بخواهند.

نکته یابی: تامل و تفکر در مورد اشکالات و موانعی که امکان دارد در ضمن بحث پیش آید و کسی به آن توجه نکند مهم است. برای این کار شخص صحبت کننده باید خود اشکالات و نتایجی را که به نظرش می رسد، بیان کند و یا از گروه یا شخصی که در زمینه ی مورد بحث با تجربه تر از سایرین به نظر می رسد خواهش کند تا اشکالات و نتایجی که به نظرش می رسد برای گروه بگوید.

تلخیص و تالیف: با توجه به مطالب متعدد ارائه شده در بحث تلخیص و تالیف چه به صورت کلاسیک توسط منشی جلسه و چه به صورت عام توسط هر یک از اعضاء امری ضروری است، تا در زمانی مقتضی برای گروه بازخوانی شود.

جلب توجه برای اخذ تصمیم: هنگامی که مذاکرات اعضای گروه به مرحله تصمیم گیری نزدیک شود، و ادامه بحث فقط صورت تکرار پیدا می کند، لازم است افراد با حضور موثر حرف های مزاحم را حذف کرده ، زمان را متذکر شده و گروه را به سمت تصمیم گیری سوق دهند.

۲-۳-۲. نقش های تبیینی

نظر خواهی: این نقش عبارت است از جویا شدن و پرسش نظرها، عقیده ها، نکته ها و راه حل ها با مخاطب ساختن گروه به طور جمعی و یا انفرادی که در بحث و مذاکره به هر علتی مثل کم رویی یا کم اعتنایی و نظایر آن شرکت فعال ندارند. با این کار اطلاعات موجود اما عرضه نشده، عرضه خواهند شد.

تعمیق: برای آنکه عقاید ابراز شده و راه حل های پیشنهادی به تجزیه و تحلیل گذاشته شوند تا افراد گروه درک عمیق تری از مسایل مطروحه و اقدامات خود داشته باشند، لازم است با سوالاتی، علل و دلایل اظهارات و پیشنهادات جستجو کردند و با این سوالات گروه در عمق بیشتری به جستجو خواهد پرداخت.

فعال سازی: در بحث و مذاکره با صحبت و رابطه دادن آن با علایق یا تخصص های افراد ساکت، کم رو و یا کم اعتنا بدون اینکه مستقیماً از آنان نظری خواسته شود باید آن ها را به مذاکره وارد کرد و در عین حال نکته هایی از مساله که برای جمع یا عده ای از اعضا مبهم باشد، روشن نمود.

۲-۳-۳. نقش های پردازنده

این نقش ها برای هموار کردن راه شرکت در مذاکرات دسته جمعی و کار گروهی هستند؛ ترس های بی مورد را می کاهند و شوق شرکت و در میان گذاری فکر و نظر را می افزایند.

ترغیب: سوق دادن و کشانیدن اعضا به شرکت فعال در بحث و مذاکره خواه بصورت نظرخواهی یا سوال برای توضیح و یا فعال سازی اگر با صداقت و به موقع صورت بگیرد نه تنها شخص را ترغیب می کند بلکه محیط و جو کلی را برای شرکت فعال همه اعضا پذیراتر و راحت تر می سازد. البته نباید از نظر دور داشت که برای کشانیدن اعضا به مذاکره و اظهار عقیده بهتر است از بکار بردن روشهایی که موجب احساس فشار یا ترس می شوند، خودداری گردد؛ زیرا احساس فشار، مقاومت ایجاد می کند و مقاومت ها لزوماً به صورت درگیری و رویارویی آشکار نخواهند بود، بلکه به صورت طفره رفتن ها، تمارض ها و نظایر آن سلامت و کارایی گروه و جریان سالم و نتیجه بخش بحث و مذاکره را خدشه دار خواهند ساخت.

مرتبط سازی: برای ارتباط پیشنهادات و عقاید متعدد و متنوعی ابراز شده افراد باید سعی کنند تا شباهت ها و اشتراکات بین عقاید و نظرات را پیدا کند و در نزدیک کردن آنها بکوشند و نکته هایی را که توافق در آنها آسان تر است یک به یک و به ترتیب برشمارند و از این راه در تخفیف اختلافات و ایجاد ارتباط و الفت بین عقاید و نظرات گام بردارند.

کمک به سایرین: منظور از کمک به سایرین آن نیست که با دیگران هم عقیده باشیم و نظراتشان را تایید کنیم بلکه منظور آن است که با نظرخواهی از دیگران به خصوص وقتی آنان می دانند که با نظرشان موافق نیستیم آنان را به بیان آنچه از دیدگاه خود شناخته اند تشویق کنیم و از این راه جو گروه را برای ابراز نظرهای راحت آماده سازیم. چنین کاری البته از یک سو مستلزم فکر باز در شخص و بسته نبودن او در لاک اعتقادات و نظرات خویش و از سوی دیگر خالی بودن نظرات که ابراز شده از تمسخر یا تهدید است.

تلطیف: هر گاه بحث حالت آرام و منطقی خود را از دست بدهد و صحبت ها به خشونت و فرسایش گرایش پیدا کند، یک نفر با نرمی و آرامی و اگر مقتضی باشد و نامربوط نباشد با لطیفه ای سعی خواهد کرد که از تیزی و برندگی گفتگو بکاهد. البته نباید هرگز فراموش کرد که تلطیف باید در خدمت بحث و مذاکره و در جهت اصلی آن باشد. البته این اقدام مفید به حساب می آید، نباید منجر به هدر رفتن وقت جلسه و بازداشت آن از هدف خود شود.

با توجه به مطالب ارائه شده در خصوص اقدامات سازنده، تبیینی و پردازنده که می توانند نقش مهمی در اداره کلاس های آموزشی مادران باردار ایفا کنند؛ مدیر- تسهیل گر و مادران باردار هر کدام در زمان مناسب باید از این اقدامات برای پیشبرد مناسب و بهتر گروه و نیز در جهت مشارکتی بودن مباحث به عنوان اصل اساسی آموزش بزرگسال و بحث گروهی در کلاس های یاد شده بهره برند.

۲-۴. چهره ها (گفتارها و رفتارهای) خاص در فرآیند بحث گروهی

در فرآیند بحث گروهی افراد می توانند با گفتار و رفتار خود در قالب چهره های خاصی در بحث اثرات منفی داشته باشند؛ که گروه باید برای تعامل و برخورد مناسب با هر یک شیوه های خاصی را اتخاذ کند:

۲-۴-۱. چهره های مزاحم:

این چهره ها را در هر گروهی می توان تشخیص داد. رفتارشان اخلال مهمی در کار گروه ایجاد نمی کند بلکه صرفاً زحمتی است که مدیر و سایر اعضای جلسه باید وجودش را بپذیرند و با اتخاذ روشهای مناسب در تغییر رفتار زحمت بار آنان بکوشند.

ملابنویس. این شخص کسی است که همیشه با یک مداد و مقداری کاغذ وارد کلاس می شود. از شروع تا پایان آن، مثل اینکه جزوه ای از درس تهیه می کند، پشت سر هم می نویسد و ادامه این کار او را از شرکت در بحث باز می دارد. علت و نتیجه کار او معلوم نیست از خودش هم پرسید نمی داند. مثل آدمی است که وسواس دارد و با یادداشت برداشتهای کوچک و مختصر دل و خیالش راحت نمی شود.

راه حل: اگر او بداند خلاصه مباحث و جریان آن بعدا برای همه فرستاده خواهد شد، دیگر به یادداشتهای خود چندان علاقه ای نشان نخواهد داد و چون تسهیل گر فضایی ایجاد کرده که هر کس آزادانه عقاید و نظرات خود را ابراز کند این شخص نیز به راحتی وارد بحث خواهد شد.

موشکاف. در بحثهای فلسفی وجود چنین شخصی ارزشمند و سودبخش است. هر مطلبی که خود یا دیگری می گوید باید دقیقا تعریف شود. هر گفته ای را می شکافد، تجزیه و تحلیل می کند. متاسفانه موشکافی ها و دقت های او همیشه بیش از حد لازم برای توضیح و غالبا بیرون از حد و علاقه ی دیگران است. وقت زیادی را به خود اختصاص می دهد و احتمالا موجب خستگی یا نیشخندها و تفریح حاضران خواهد شد.

رویکرد تعامل: اگر مطالب به طور مبهم و پیچیده ابراز نشده باشند، برای موشکافیهای او زمینه چندان وجود نخواهد داشت و اگر حاضران در اولین موشکافیهای او با صبر و حوصله اجازه دهند تا او خود را بنمایاند و احساس کند در میان گروه جایگاهی دارد یعنی توجهی که جويا بوده برایش حاصل است؛ کم کم رفتار خود را تا حد انطباق و سازگاری با جریان و نیاز گروه تعدیل خواهد کرد.

پر حرارت و پی جو. این شخص کسی است که حتی قبل از گل انداختن صحبت در حرارت آن می جوشد. هر مطلبی که مطرح می شود، قبل از اینکه درباره اش بررسی و کنکاش شده باشد برای او جالب و قابل بحث است. می گوید: "چه خوب شد که این را گفتید همین الان توی همین فکر بودم."... اما چهره پی جو هر مطلبی که گفته شود حتی اگر خود گوینده از آن صرف نظر کند و آن را رها سازد، پی جو دنباله اش را می گیرد و درباره اش اظهار نظر می کند و اظهار نظر می خواهد. حتی اگر بگویند موضوع منتفی است او ادامه بحث را مفید می داند و با شور و شوق مطلب را پی جویی می کند.

رویکرد تعامل: مزاحمتی که پرحرارت و پی جو در جریان طبیعی بحث گروه دارند، کم و بیش به یک اندازه مثل هم است. برای همین چاره آنان نیز کم و بیش یکسان است. این گونه اشخاص معمولا مردمانی با علاقه و خوش خلق هستند، فقط علاقه آنان با چنان حرارت و پی جویی توأم است که می تواند گروه را از تداوم لازم بازدارد. برای آن که شور و شوق آنان از حالت مزاحمت به ثمربخش برسد، کافی است اعضا به طور عادی و معمولی به بحث ادامه دهند و اگر

جریان مباحث جدی باشد خواه / ناخواه بعد از مدتی آنان به خامی یا عجولانه بودن قضاوتها یا راه حل های پیشنهادی خود پی می برند و کم کم حرارت و پی جویی خود را با سایر اعضا هم سطح خواهند نمود.

محتاط. این شخص هیچ وقت خدش را به در دسر نمی اندازد و تا خوب معلوم نشود که کدام نظر دست بالا را خواهد داشت او نظری ابراز نخواهد کرد. هر وقت به خوبی دریافت که حال و هوای جلسه از چه قرار است، سکوت خود را می شکند و به نفع عقیده ای که مورد قبول واقع شده اظهار نظر می کند.

رویکرد تعامل: برای تغییر رویه چنین شخصی اعضاء باید با پرسیدن نظرات اوف گوش دادن به حرفهایش و خودداری از انقاد سخت یا مسخره امیز، در واقع به او دل و جرات بدهند. تسهیل گر می تواند خودش شخصا از او نظرخواهی کند. وقتی به حرفهای او توجه ود و او احساس کند که برای صحبت های او نیز مثل دیگران اهمیت قائل هستند تشویق می شود و جرأت می یابد تا نظر و فکر شخصی خودش را به راحتی و بدون ترس از عواقب آن ابراز نماید.

لوده. این آدم خودش را بامزه و شیرین گفتار به حساب می آورد. هر مطلبی که اظهار می شود، او قصه کوچک و شوخی بی مزه یا بامزه ای درباره آن می داند و با شوخیها مقداری از وقت جلسه را می گیرد. چاره: برای لوده مزه ریزی و تمثیل گویی توری برای به دست آوردن توجه و جلوه نمودن است. لوده نیز آگاه یا ناآگاه، در جستجوی اهمیت و شناساندن خویش است. اگر جلسه به طور جدی و در عین حال جالب اداره شود و مسائلی که مورد بحث قرار می گیرند مورد علاقه اعضاء بوده و همه مایل باشند راه حل مناسب را زودتر پیدا کنند، زمینه برای بروز اینگونه رفتار بسیار کم و نادر خواهد بود. برعکس، در جلساتی که اعضا نسبت به جریان مباحث خسته یا بی علاقه باشند، زمینه برای خودشیرینی های چنین شخصی آماده است، زیرا وضع کسل کننده جلسه آنان را مشتاق به کمی تفریح کرده است.

رویکرد تعامل: اگر چنین شخصی حس کند عقاید و نظرات او بیشتر از خودشیرینی هایش مورد توجه قرار می گیرد و در همین حال لودگیهای بی موقع و بی مورد او اعضاء علاقه مند را ناراحت می کند، خود به خود تغییر رویه خواهد داد.

بی اعتنا. جریان بحث برای این شخص، امر بی اهمیتی است یا طوری رفتار می کند که گویی بالاتر یا فراتر از "اینگونه صحبتها" است. در بحث نه اظهار عقیده می کند و نه شرکت می کند. شاید اصلا مایل نبوده که در کلاس حاضر شود

ولی به دلیل اصرار بقیه حاضر شده است. بی اعتنایی و خود فراتر دیدن های این شخص اکثرا موجب ناخوشایندی اعضاء

می شود و فضای راحت و روان بحث را خدشه دار می سازد.

رویکرد تعامل: برای تبدیل چنین شخصی به عضو مفید، اعضاء باید به نحوی توجه او را به مطالب گروه جلب کنند؛ مثلاً در موضوع خاصی از او نظرخواهی کنند. چنین شخصی وقتی فکر کند دیگران می خواهند نظر او را بدانند خودش پیش خواهد آمد.

از خود راضی. این شخص ممکن است از بسیاری جهات، مثل دارا بودن اطلاعات مفید و داشتن روح همکاری برای جلسه و در اداره بحث سودمند باشد. اما رفتارش ایرادی دارد که موجب رنجش خاطر اعضاء و در نتیجه کاهش شوق آنان به شرکت فعال در بحث می گردد. نمونه ای از رفتار ناخوشایند او این است که حرف گوینده را قطع می کند و حرف خودش را می زند. این رفتارها موجب دلسردی دیگران از ابراز وجود و یا ایجاد دلخوری و کینه پنهان در دل بازداشتگان از ابراز وجود می گردد و نتیجه آن در طول زمان، کاهش خوش آیندی و تضعیف کارآیی جلسات بحث می شود. رویکرد تعامل: تامین بازتاب آموزنده از اثر رفتار از خودراضی می تواند او را با ناخوشایندی رفتارش واقف سازد. تسهیل گر می تواند از کسانی که حرفشان قطع شده بود خواهش کند که صادقانه احساس خود را از قطع صحبتشان با گروه در میان بگذارند. در ضمن تسهیل گر می تواند وقتی کسی به این طریق صحبتش را قطع می کند از او بخواهد مطلبی را که می ترسد یادش برود، یادداشت کند و بعد از پایان صحبت گوینده، آن را برای جمع بگوید.

ساکت. در جلسات غالباً با کسانی برخورد می کنیم که مدتها ساکت می نشینند و در جریان بحث وارد نمی شوند. سکوت این اشخاص ظاهراً ضرری به دیگران نمی رساند و وقفه یا کندی در جریان بحث ایجاد نمی کند؛ اما چون منظور اصلی جلسات بحث گروهی رد و بدل کردن اطلاعات بین اعضاء و ایجاد توافق بین آنان برای اتخاذ تصمیم جمعی است رویکرد تعامل: باید نسبت به سکوت و عدم شرکت فعال افراد در بحث توجه خاص مبذول گردد و سعی شود که آنها به شرکت در مباحث و بیان افکار و نظرات خود ترغیب و تشویق شوند. گاهی اوقات سکوت یک فرد نه تنها زیان آور نیست بلکه روش مفیدی است برای بهتر و آرام تر ساختن جریان بحث. مثلاً کسی که اصولاً آدم کم حرفی است اگر مطلب جالب و مفیدی نداشته باشد وقت جلسه را با حرفهای خود نمی گیرد و یا شخصی که به همه حرفها گوش می دهد و نظرات موافق و مخالف را پیش خود می سنجد هرگز بدون مطالعه صحبت نمی کند.

۲-۴-۲. چهره های مخرب:

چهره هایی که با رفتارشان می توانند جریان عادی روان و سودبخش هر بحث را "خراب" کنند نیز در هر گروهی می توانند وجود داشته باشند. صاحبان این چهره ها هم مانند سایر چهره ها طالب "نمود" و احساس "مهم بودن" هستند و رفتارشان بیشتر از انگیزه درونیشان به تامین خواست و رفع این نیاز سرچشمه می گیرد. این افراد معمولاً خوش فکر، سخندان و در بسیاری از موضوعات صاحب نظرند و می توانند در حل مسائل گروه مفید باشند اما نوع رفتارشان برای جلوه گر ساختن خود اثرات منفی می گذارد؛ زیرا در این راه به واقعیت میل و خواست و حق دیگران برای ابراز وجود توجه ندارند.

ارباب. چهره ارباب منش این شخص از همان دقایق اول نمودار و مشخص می شود. برای دیگران وظیفه تعیین می کند، دستور می دهد، و چون معتقد است که از دیگران سریع تر و بهتر فکر می کند تصمیم می گیرد و تصمیمش را به گروه ابلاغ می کند. با وقار و شکیبایی به اظهار نظر و ابراز عقیده دیگران گوش می دهد، زیرا می خواهد حق دیگران را در ابراز عقیده رعایت کرده باشد؛ اما چنانچه اظهار عقاید و تبادل آراء و مباحثه قدری به طول انجامد، عنان صبر از کفش خارج می شود و وقتی برای خودش مسئله حل شده و تصمیم مقتضی اتخاذ گردیده است، ادامه بحث را اتلاف وقت می داند و صحبت دیگران را قطع می کند و می گوید: "من در این موضوع تجربه کافی دارم صبر کنید بگویم چه باید بکنید ...". گاهی اوقات ارباب منشی او به این صورت ظاهر می شود که به زعم خود برای سر و سامان دادن به اوضاع و احوال جلسه و برای در نظر گرفتن میل و خواست افراد و کل گروه، کاری را از بعضی افراد می خواهد و بعضی را از کاری که خودش زائد و بی نتیجه می داند منع کند.

رویکرد تعامل: شاید این شخص واقعاً بهتر یا سریع تر از دیگران فکر کند و راه حلی که در نظر گرفته است درست باشد، اما رفتار ارباب منشانه او نشان می دهد که به لزوم حل مسائل از طریق بحث گروهی آشنا نیست و اگر هست باطنا به آن اعتقاد ندارد. نمی داند که منظور از تشکیل چنین جلساتی یافتن راه حل به طریق مردم سالاری است. هر وقت او بعد از اظهار نظر خود خواست تا راه حل های او را بپذیرند تسهیل گر می تواند بگوید: "موضوعی که خانم/آقا ... پیشنهاد کردند

به نظر جالب است اما چون از جزئیات آن مطلع نیستیم و ممکن است در این کلاس بقیه اعضا نیز مثل من باشند که خوب متوجه نشده اند بهتر است درباره آن بحث کنیم".

وراج و پرحرف. این شخص مرتب صحبت می کند و درباره هر مطلب یا حرفی که پیش می آید بلافاصله ابراز نظر می کند و به تجربیات خود در آن زمینه اشاره می کند. مثلاً می گوید: "اتفاقاً من در این مورد تجربه دارم که می تواند حلال مسئله باشد" و بعد از این جمله، مدتها صحبت می کند و حرفهایش را تکرار می کند.

رویکرد تعامل: گاهی پرحرفی یک نفر از آن است که تصور می کند حاضران مقصود و منظور او را خوب درک نکرده اند و یا خیال می کند سایرین بدون توجه به دلایل او با نظرش موافقت ندارند و به این وسیله می خواهد با توضیح بیشتر و مکرر، آنان را با نظر خود موافق سازد. در چنین مواردی تسهیل گر می تواند با اشاره به نظرات وی، او را مطمئن سازد که حرفهایش مورد توجه بوده و در مورد راه حل های پیشنهادی اش بحث شده و دیگران در مورد آنها به بحث خواهند پرداخت.

شکاک. وقتی در جلسات با چنین شخصی مواجه می شویم شاید او را منفی باف هم بخوانیم. اگر نظر او در مورد هر پیشنهادی این باشد که: "فکر نمی کنم عملی باشد" یا: "خیال نمی کنم آنها این حرف را قبول داشته باشند"، عنوان شکاک برای او مناسب است و اگر هر نظر و پیشنهادی را فقط نفی کند و با بینش انتقاد و کوچک شماری نسبت به آن واکنش نشان دهد، "منفی باف" است.

رویکرد تعامل: در هر دو حال، اعضا جلسه باید با صبر و حوصله و به طریق صحیح و عاقلانه ای بی اساس بودن شک و منفی نگری را به صاحبان این چهره ها معلوم سازند. با مهربانی و حوصله از آنها بخواهند تا علت شک و عدم اطمینان خود را بیان کنند و آن گاه مثل هر اظهار نظر دیگر به حرفهای آنان توجه کنند و نظراتشان را به بحث بگذارند. از این راه آنان توجهی که در طلب آن هستند به دست می آورند و در عین حال در صورتی که شک و منفی نگری آنها موردی نداشته باشد، به بی اساس بودن آن پی می برند و اگر صحت عقیده یا راه حل پیشنهاد برایشان روشن شود، درمی یابند که بحث خود بهترین وسیله برای یافتن راه حل عاقلانه و صحیح بوده است و شک و منفی نگری آنها قبل از آنکه مسئله تجزیه و تحلیل شود، موردی نداشته باشد.

مخل. یک درجه بالاتر از شکاک "مخل" است. نه تنها در درستی و صحت هر عقیده و نظری شک می کند، بلکه شک ندارد که نظر خودش بهتر جامع تر و صحیح تر است. در اثبات مدعای خود دلیلی هم نمی آورد و فقط بر آن پافشاری می کند. اگر گروه از حرف او بگذرد و به مطالب مشغول شود او صحبتها را قطع می کند و به سر حرف اولش برمی گرداند.

رویکرد تعامل: مخل هم می تواند عقیده و نظر درستی داشته باشد. باید به حرفهایش به دقت گوش کرد و اگر با دلایل و توضیحات کافی همراه نیست از او توضیح و دلیل خواست. اگر حرفها و توضیحات و دلایلیش برای دیگران روشن یا کافی نیست، باید برای توضیحاتش نیز از او توضیح خواست. اگر توانست حرفهای خود را ساده تر بگوید و دیگران را به درستی آنها قانع سازد که ایرادی نیست و گروه با راه حل یا نظر مفید و کارآمدی مواجه است و اگر نتوانست، باید با صبر و حوصله دلایل ناقبولی را برایش گفت و او را مطمئن ساخت که گروه به او و حرفهایش توجه لازم را داشته است.

عیب جو. حتما در برخوردهای روزانه و در جلسات گوناگون با کسانی رو به رو شده اید که در هر چیزی یک عیب می بینند و بدتر اینکه با گفتاری نیشدار و تحقیرآمیز به صحبت ها و نظرات دیگران واکنش نشان می دهند. خرده گیری ها و عیب جویی های این اشخاص موجب دلسردی ها و کاهش شوق کار گروهی می گردد.

رویکرد تعامل: این شخص برای صید تشخیص و مهم دیدن خود تور عیب جویی و تحقیر دیگران را به کار می برد. هر وقت عیب جویی های خود را با سخنان نیشدار و تمسخرآمیز همراه می سازد، باید راه حل ها و دلایل عیب بینی او را از خود او خواست و با دقت و حوصله به آن گوش داد. چه بسا که در کوشش عیب جویی و عیب بینی، حرف درستی داشته باشد. توجه دقیق و صادقانه به حرفهایش و دادن بازتابی از اثر رفتارش توسط مدیر یا شخصی که مورد طعن و تمسخر او قرار گرفته است، در تعدیل رفتارش بی اثر و بی ثمر نخواهد بود.

چاپلوس. این شخص به خیال کسب نفع یا دفع ضرر، کسانی را که مفید به حال خود تشخیص می دهدف بیشتر از حد لازم می ستاید. زیان کار او برای گروه ان است که با تعریف و تمجیدهای نابِه جا و بیش از حد صاحبان افکار و نظرات نادرست را در تصور درستی حرفهای خود تقویت می کند و زمینه را برای ایجاد تفرقه و دسته بندی های داخل گروه مستعد می سازد.

رویکرد تعامل: تملق و چاپلوسی از آنجا سرچشمه می گیرد که شخص به علت کم و ناچیز دیدن خویش با رشوه دادن به صورت تعریف و تمجید و ستایش بیش از حد، خود را به شخص یا اشخاصی که در نظرش صاحب یا قدرت و یا توانا به آزار یا حمایت از او هستند، نزدیک می کند. هوش و ذکاوت در این شخص لزوماً به خاطر چاپلوسی اش کمتر از دیگران نیست و چه بسا که می تواند اظهار نظر در مسائل راه حل های کارساز و مفید ارائه کند؛ اما مشغولیت آگاه یا ناآگاه او به دفع آزارهای ناشی از کم انگاری های محتمل یا واقعی دیگران ذهنش از تعمیق در مسائل اساسی برکنار و به تمهید پشتیبان و حامی مشغول می دارد. مدیر گروه و سایر اعضای جلسه باید با چنین شخصی چنان رفتار کنند که دریابد نظرات او بدون توسل به تعریف و تمجید بی جا از دیگران، برای گروه قابل تأمل و بررسی است.

ناراحت. رفتار این شخص مثل بچه های بازیگوش در سر کلاس است. غالباً با کسی که کنارش نشسته در گوشی صحبت می کند، بی مورد و بی موقع جریان بحث را قطع و اعضاء را از جهتی که پیش گرفته اند منحرف می سازد. رویکرد تعامل: مثل هر رفتار مزاحم یا مخل دیگری باید دید که چه چیزی باعث چنان رفتاری شده است. شاید جلسه به عللی مانند خستگی یا حوصله سررفتگی جمعی، کارایی و تحرک خود را از دست داده است و یا شاید او توجهی را که باید به هر کسی بشود احساس نکرده است و به طور آگاه یا ناآگاه با رفتارهای نامناسب خود این عدم توجه را با گروه تلافی می کند. اگر مدیر جلسه تشخیص بدهد که خستگی و حوصله سررفتگی علت زمینه ساز رفتار ناراحت است برای چند دقیقه استراحت و توقف در بحث را خواستار گردد و اگر علت رفتار ناراحت را عدم توجه بداند، عقیده و نظر او را بخواهد و به بحث بگذارد. ممکن است مطالب مورد بحث برایش جالب و توجه انگیز نباشد و رفتار ناراحت او، در واقع واکنش طبیعی وی برای مصرف انرژی ناآرام در چنان محیطی باشد. در این صورت مدیر جلسه یا یکی از حاضران باید سعی کند او را به موضوع مورد بحث علاقه مند سازد و زمانی که برای تبیین موضوع جلسه و مباحث بعدی تصمیم می گیرند نظر او را بخواهند. ممکن است علت ناراحتی او این باشد که از صحبت ها چیزی نمی فهمد در نتیجه نشستن در جلسه او را خسته و ناآرام کرده است. بنابراین مدیر جلسه یا یکی از اعضا خواهش می کند که آنچه تا آن زمان مورد بحث قرار گرفته است برای همه تلخیص شود و یا کسی با سوال برای توضیح موجب می شود تا مطلب تبیین یا توضیح گردد. گاهی می توان از خود ناراحت تقاضا کرد که مطلب را چنان که فهمیده است برای گروه شرح دهد. با این کار توجه او به مطالب مورد بحث سوق داده می شود و انرژی او در این توجه به مصرف می رسد.

کار عملی

- در مورد تجربیات خود در کلاس هایی که تاکنون برای مادران باردار برگزار نموده اید، در شناسایی و برخورد با چهره های خاص بحث و گفتگو کنید.
- در موارد یاد شده آیا توصیه های مطرح شده در این بخش می تواند به کار شما بیاید؟

تا اینجا نحوه اداره افراد در بحث گروهی و نحوه برخورد با چهره های مختلف در گروه شرح داده شد. اکنون زمان رویارویی با ذهنیت متفاوت افراد در رابطه با موضوع زایمان طبیعی است. در واقع چارچوب و ساختار بحث گروهی و نحوه اداره آن در راستای رسیدن به هدف اصلی کلاس ها یعنی پرداختن به دلایل، انگیزه ها، تعارضات و تجربیات ذهنی مانند ترس و ناامنی مادران باردار که منجر به انتخاب سزارین می شود، به کار گرفته می شود. بحث گروهی و پرداختن به انگیزه های افراد و تغییر در آنها برای انتخاب نوع زایمان در ترکیب با هم عمل می کنند. بحث گروهی قالب کار ما با مادران باردار و پرداختن به انگیزه ها روح کار است که به روش مصاحبه انگیزشی میسر می گردد.

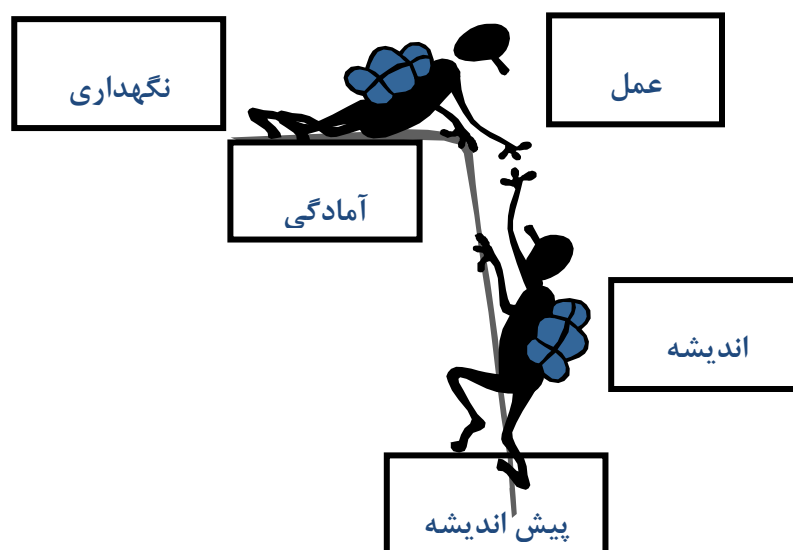
۳. اصول و مبانی مصاحبه‌ی انگیزشی

همه‌ی ما می‌دانیم که آمادگی مراجعان برای یادگیری متفاوت بوده و اغلب قبل از شروع آموزش نیازمند ایجاد و یا افزایش آمادگی آنان برای تغییر می‌باشیم. لازم است چند مفهوم مهم را در رابطه با آمادگی و تغییر یادآور شویم [۱۴۴]:

✓ **تردید درباره تغییر امری طبیعی است.** از آنجا که تغییر دشوار است، افراد مختلف افکار و احساسات آمیخته‌ای درباره آن تجربه می‌کنند. به جای این که این عدم قطعیت به صورت یک مسئله در نظر گرفته شود، به عنوان بخشی از فرآیند تغییر در نظر گرفته می‌شود و موضوعی است که ما برای حل آن تلاش می‌کنیم. افرادی که در حالت تردید و دودلی قرار دارند، دلیل برای تغییر و عدم تغییر را به صورت همزمان دارند. به عبارتی دیگر، هم می‌خواهند تغییر کنند و هم نمی‌خواهند. این تجربه به طور معمول بخشی از فرآیند تغییر است. اگر فردی دودل است یک قدم به تغییر نزدیک است. بعضی افراد وجود دارند که نیاز به تغییر می‌بینند ولی دلیلی برای انجام آن ندارند. برای این افراد که در واقع در مرحله‌ی اول هستند، ایجاد تردید برای تغییر می‌تواند یک قدم رو به جلو باشد. اغلب کسانی که رفتار ناسالم دارند به خوبی از تبعات رفتار ناسالم و همچنین محاسن رفتار سالم آگاهند؛ با این حال حتی وقتی آنها می‌دانند کار درست کدام است، انگیزه‌های دیگر با انجام کار درست در تعارض قرار می‌گیرند. بنابراین وقتی فردی تردید دارد دو نوع مکالمه با خودش دارد یک مکالمه به نفع تغییر است و دیگری مربوط به حفظ کردن وضع موجود است. این دو مکالمه به سادگی در جمله‌ای مانند جمله زیر در فرد دیده می‌شود: **"من می‌دانم در صورت عدم وجود ضرورت پزشکی، زایمان طبیعی روش مناسب‌تری است اما"** آنچه بعد از اما می‌آید جمله تردید است و فرد برای مدت طولانی بین دو انتخاب و دو راه گیر می‌کند. بنابراین متقاعد کردن فرد مردد در جهت اینکه فواید تغییر چیست، تغییر چگونه ایجاد می‌شود و یا بیان پیامدهای عدم تغییر، فایده‌ای ندارد زیرا او به خوبی از این موضوعات آگاه است.

✓ **تغییر اغلب به صورت غیرخطی است.** یعنی مراجع اغلب در خط مستقیم از عدم تغییر به تغییر حرکت نمی کند. قبل از اینکه تغییر اتفاق بیفتد در برخی موارد گام های اولیه ای برداشته می شود و گاهی اوقات بازگشت به رفتارهای قبلی دیده می شود. اغلب افراد تلاش می کنند بدون کمک ما با موفقیت کمتر یا بیشتر، در جهت ایجاد تغییر حرکت کنند.

بر اساس شواهد علمی موجود تغییر طی مراحل صورت می گیرد. در ابتدای مسیر و در پله اول فرد هیچ قصدی برای تغییر در آینده ندارد به عبارتی این فرد در مرحله پیش اندیشه قرار دارد. در گام بعدی فرد درباره ایجاد تغییر فکر می کند و قصد ایجاد تغییر در او شکل می گیرد. پله سوم آمادگی برای تغییر است که فرد قصد دارد رفتار خود را تغییر دهد و در جهت تغییر گام هایی نیز بر می دارد. فردی که در مرحله عمل قرار دارد رفتار خود را به صورت آشکار تغییر داده است. پله آخر که نگهداری گفته می شود به این معناست که فرد بر حفظ رفتاری که در آن تغییر ایجاد کرده، ادامه دهد. به طور کلی قصد رفتار با عبور فرد از مرحله پیش اندیشه به سمت اندیشه و آمادگی حاصل می شود و رفتار از مرحله عمل به بعد وجود خواهد داشت.



✓ **آمادگی، ایستا و ساکن نیست.** با این که ممکن است افراد از سطوح مختلف آمادگی برخوردار باشند اما این وضعیت قابل تغییر بوده و عوامل مختلفی می تواند موجب کاهش یا افزایش آن شود.

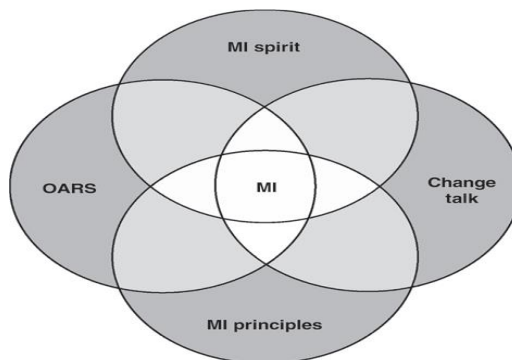
✓ توجه به آمادگی به عنوان کار اصلی. همانطور که فشارخون، دما و نبض، علائم حیاتی در مراقبت از سلامت هستند، میزان آمادگی را می توان علامت حیاتی تغییر دانست. از این رو با آگاهی از سطوح آمادگی افراد می توان جلسات مؤثرتری داشت. برای مثال، وقتی افراد اطمینان بالایی برای ایجاد تغییر دارند ولی اهمیت کمی برای آن قائل هستند، می توان آنها را در جهت کشف اهمیت موضوع هدایت کرد.

انگیزه، نمایانگر میزان آمادگی و اشتیاق فرد برای تغییر است. در دهه ی گذشته، مشخص شد علاوه بر مهارت ها، وجود انگیزه ی قوی، از اهمیت شایانی برای تغییر رفتار، برخوردار است. از این رو یافتن راهکارهایی که به ارتقاء انگیزه ی افراد منجر شود توجه زیادی را به خود معطوف نمود. مصاحبه ی انگیزشی یک فن شناختی نسبتاً جدید است که هدف از آن کمک به افراد برای تغییر رفتارهایی است که آنها را در معرض ابتلاء به مشکلات بهداشتی قرار می دهد. به عنوان یک روش مداخله ی کلامی، تمرکز مصاحبه ی انگیزشی بر روی تعارضات شناختی مصاحبه شونده است به طوری که اساساً به حل تعارضات شناختی مصاحبه شونده از طریق تصمیم گیری برای تغییر می پردازد. در جریان مصاحبه ی انگیزشی، مصاحبه کننده، با مقایسه ی بین رفتارهای فعلی مصاحبه شونده و اهداف و آرزوهای وی، تعارضات موجود را از نگاه وی روشن می سازد.

۳-۱. مولفه ها و اصول مصاحبه ی انگیزشی

مصاحبه ی انگیزشی، راهی برای بودن با مردم بوده و فلسفه ی وجودی آن بر پایه ی درک و تجربه ی طبیعت انسان قرار گرفته است. این روش مشتمل بر مولفه های چهار گانه ی ذیل است:

اصول، مهارت های ضروری، گفتگوی تغییر و روح و معنا



نمودار ۳: مولفه های مصاحبه ی انگیزشی [۱۴۴]

۳-۱-۱. اصول مصاحبه ی انگیزشی

✓ **مقاومت و پرهیز از ارائه ی بازتاب درست به مخاطب.** این موضوع به تمایل مصاحبه گر/ تسهیل گر برای تلاش فعالانه جهت رفع مشکلات زندگی مراجع اشاره دارد. آگاهی از این گرایش برای تسهیل گران بسیار مهم است چرا که به کاهش احتمال تغییر مراجع می انجامد. این یک نیت مثبت است که منجر می شود ما زمانی که مشکلات را می بینیم در جهت شناسایی و رفع آنها عمل کنیم. ما می خواهیم به مراجعان کمک کنیم تا وضعیت تغییر کند و در نتیجه باعث شود آنها زندگی شادتر، سالم تر و سازنده تری داشته باشند. خواستن این پیامدها برای افراد غلط نیست اما مشکل اینجاست که تردیدها و تعارضات افراد را در نظر نمی گیرد. از آنجا که مراجعان به طور طبیعی مردد هستند زمان هایی وجود دارد که آنها تغییر را ضروری و ممکن نمی بینند. این موقعیت دو روی یک سکه ی تغییر است. ممکن است تغییر کردن در ذهن آنها هزینه هایی در برداشته باشد مثلاً باید بر ترس ها و عدم اطمینان خود غلبه کنند، روابطشان را تغییر دهند و حتی زمان و پولی که لازم دارند را تنظیم کنند. رفتارهایی که مقاومت برای تغییر را افزایش می دهد: (۱) تلاش برای متقاعد کردن فرد به اینکه مشکل دارد (۲) استدلال آوردن برای فواید تغییر (۳) گفتن چگونگی تغییر به او (۴) هشدار دادن به او درباره پیامدهای تغییر نکردن. استدلال آوردن برای تغییر، مقاومت را افزایش و پس از آن احتمال رخ دادن تغییر را کاهش می دهد. هدف به حداقل رساندن مقاومت فرد است.

بر اساس تجارب پیشین خود با کدامیک از موارد ذیل در کلاس های آمادگی بارداری و زایمان روبرو شده اید؟

۱. آیا مدرسان سعی بر متقاعد کردن مادران باردار برای انتخاب زایمان طبیعی دارند؟
۲. آیا در خصوص فواید زایمان طبیعی استدلال و تحلیل خود را به صورت یک سویه ارائه می نمایند؟
۳. آیا در ارائه ی راه ها و روش های تغییر نگرش و رفتار در خصوص زایمان اصرار می ورزند؟
۴. آیا در خصوص پیامدهای سزارین انتخابی هشدار می دهند؟

اگر با این موارد برخورد داشته اید در مورد نتایج حاصل از آن بحث نمایید.

✓ **درک انگیزه مراجع.** ما به افراد انگیزه نمی دهیم و یا انگیزه ای را به آنان تزریق نمی کنیم بلکه انگیزه ای که درون آنهاست را پیدا می کنیم و کمک می کنیم تا آنها را بشناسند. آنها را به سویی هدایت می کنیم که بدانند چه تعارض هایی بین آنچه که می خواهند و رفتار آنها وجود دارد که بر تصمیمشان تأثیر می گذارد. به آنها گوش می کنیم و اغلب به طور فعالانه اطلاعاتی مانند اهداف، عقاید و خواسته های آنها را جستجو می کنیم و سپس اینکه چگونه آنها با شرایط موجود ارتباط پیدا می کنند را کشف می کنیم. **هدف ایجاد محیطی است که مراجع به ما بگوید چرا و چگونه تغییر باید اتفاق بیفتد.**

آیا مدرسان در کلاس های آمادگی زایمان:

۱. تعارضات ذهنی و تردیدهای مادر باردار در ارتباط با انجام زایمان به روش طبیعی را مورد بررسی قرار می دهند؟
۲. جهت تسهیل در گفتگوی مادر باردار درباره تردیدها، تعارضات، خواسته ها، احساسات و ترس های او درباره زایمان محیط مناسبی فراهم می کنند؟

✓ **گوش دادن به مراجع.** ممکن است این موضوع ساده و به نظر آشکار بیاید اما در عمل، اغلب بر ضرورت این فرآیند بنیادی تأکید می شود. مراجعان برای تخصص ما (گاهی ناخواسته) به ما مراجعه می کنند. با این حال آنها مسئول ایجاد تغییر در زندگیشان هستند. برای کمک به آنها در این فرآیند ما باید فضایی را ایجاد کنیم که بتوانند با امنیت تعارضات خود را کشف کنند و با واقعیت های دشوار مواجه شوند. ما این موقعیت را با ایجاد ارتباط همدلانه می سازیم. همدلی با افراد به عنوان یک ویژگی بنیادی به وسیله استفاده ماهرانه از گوش دادن انعکاسی و پذیرش احساسات و دیدگاه های فرد به دست می آید. یکی از راهها این است که بتوانیم به جهان از دید فرد نگاه کنیم و صادقانه بگوییم من می توانم ببینم چرا تو اینگونه می بینی. اما مهم، پذیرش است نه موافقت یا مخالفت. احترام گذاشتن و سعی در درک دیدگاه افراد، اهمیت ویژه دارد. پذیرش، تغییر را تسهیل می کند در حالیکه تحت فشار قرار دادن فرد برای تغییر مقاومت ایجاد می کند.

آیا مدرسان کلاس های آمادگی زایمان:

۱. از توانایی گوش دادن و ایجاد ارتباط همدلانه برخوردارند؟ برای رسیدن به این هدف آیا خود را در جایگاه مادر باردار قرار می دهند و از دید او به پدیده ی زایمان و شیوه ی مقابله با آن نگاه می کنند؟

۲. دلایل انتخاب مادر باردار در خصوص نوع زایمان را درک می کنند و به او کمک می کنند که به حل تعارضات ذهنی خود بپردازد؟ یا اینکه صرفاً با دیدگاه مادر باردار نسبت به زایمان طبیعی یا سزارین موافقت و مخالفت می کنند و سعی می کنند دلایل موافقت یا مخالفت خود را توضیح داده و او را قانع کنند؟

✓ توانمند سازی مراجع اصل نهایی است. زمانی که مراجعان مشارکت می کنند، نتایج بهتری حاصل می شود. تمام تغییرات در نهایت، **تغییر خود است**. بنابراین برای این که تغییر اتفاق بیفتد لازم است فرد به طور فعال در این فرآیند مشارکت داشته باشد. همگام با این موضوعات ما از توانایی فرد برای ارائه راه حل و ایجاد تغییر حمایت می کنیم. این فرآیند ارتقای خودکارآمدی افراد از طریق درک "می توانم- انجام می دهم" است. بدون احساس خودکارآمدی، آگاهی از مسائل، ممکن است مقاومت فرد را در برابر تغییر به دنبال داشته باشد چرا که آن را غیرممکن می بینند. همانگونه که پیشتر توضیح داده شد خودکارآمدی درک هدفمند توانایی خود برای کسب نتایج دلخواه است. اغلب افراد قبل از این که ما آنها را ببینیم برای تغییر رفتارشان تلاش کرده اند. بنابراین یکی از خصوصياتی که ما می توانیم از آنها انتظار داشته باشیم میزانی از تضعیف روحیه درباره عدم موفقیت پیشین است. بنابراین یکی از ویژگی های مصاحبه گر/ تسهیل گر امیدوار بودن درباره احتمال تغییر برای مراجعان است. صحبت کردن درباره موفقیت ها می تواند یک روش ایجاد امید باشد. این به این معنی نیست که ما لزوماً با آنها موافقیم. در عوض ما دیدگاه ها و رویکردمان را بدون استدلال کردن برای آنها ارائه می دهیم. در نهایت مراجعان هستند که تصمیم می گیرند آیا این ایده ها برای آنها مناسب است یا خیر و چگونه می توانند از آنها استفاده کنند.

آیا مدرسان:

۱. به مشارکت و فعال بودن مادر باردار در برگزاری کلاس ها توجه دارند؟
۲. به استقلال مادر باردار در انتخاب و انجام زایمان طبیعی باور دارند و از آن حمایت می کنند؟
۳. سعی می کنند مادر باردار را تشویق کنند تا راه حل های خود را ارائه دهد یا اینکه صرفاً می خواهند با ارائه یک سری راهکار به صورت یک سویه مادر را به سمت حل مشکلش هدایت کنند؟
۴. آیا از توانایی او برای زایمان طبیعی حمایت می کنند؟ و برای تقویت روحیه از موفقیت های او صحبت می کنند؟

۳-۱-۲. مهارت های ضروری

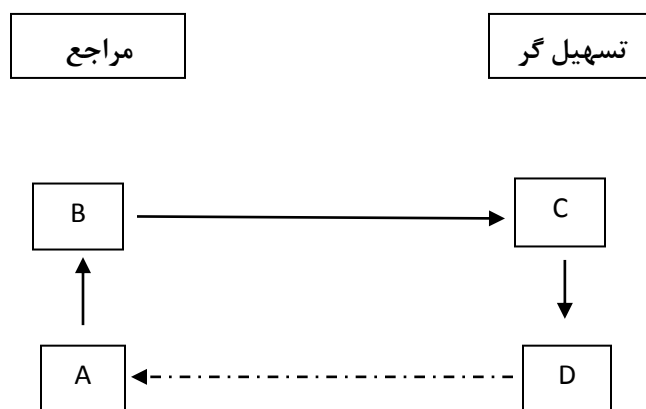
ما به ابزارهایی نیاز داریم که در ایجاد ارتباط با مراجع، کشف نگرانی ها و انتقال همدلی به ما کمک کند. این مهارت های ارتباطی شامل گوش دادن انعکاسی، سوالات بازپاسخ، تایید و تصدیق و جمع بندی است. به دلیل اهمیت این مهارت ها، هر یک به تفکیک در ذیل شرح داده شده است.

✓ گوش دادن انعکاسی

گوش دادن انعکاسی یک مهارت اولیه در ایجاد ارتباط است. سازوکاری است که از طریق آن تسهیل گران با مراجعان همدلی و آنها را درک می کنند. آنها می توانند در عین پذیرش افراد به آرامی مواضع آنها را به چالش بکشند. می توانند اکتشاف بیشتر را تشویق کنند یا یک بیان مسئله ساز را تغییر دهند. گوش دادن انعکاسی به طور معمول برای ایجاد حرکت و سپس در جهت سازنده بودن استفاده می شود. به طور فریبنده ای به نظر می رسد گوش دادن انعکاسی آسان است اما در واقع کار سختی است و برای اینکه به خوبی انجام شود نیاز به مهارت دارد. تجربه نشان می دهد که تسهیل گران، اغلب نیاز به تمرین بیشتری برای گوش دادن انعکاسی دارند اما در مورد زمان گیر بودن آن مضطرب می شوند. حتی یک تسهیل گر با تجربه هم ممکن است با مساله خوب گوش کردن مواجه باشد. بنابراین حتی اگر فرد این مهارت را به خوبی انجام می دهد باید در جهت تقویت آن وقت بگذارد.

علاقه نشان دادن به آنچه که فرد می گوید و احترام گذاشتن به دانایی او پیش شرط گوش کردن انعکاسی است. آشکار است که مراجع چیزهای بیشتری درباره خودش می داند که ما هرگز نمی دانیم. حتما ما می توانیم نقاط کوری را ببینیم که افراد را ناتوان می کند، اما آنها بیشتر از آنچه ما می دانیم درباره عواملی که بر تحول شخصیت، انتخاب ها، رفتارها، نگرش ها و عقایدشان تأثیر گذاشته اند، می دانند. برای این که بدانیم، افراد باید به ما بگویند و گوش کنیم. اما حتی اگر آنها بگویند و ما بشنویم به این معنا نیست که ما تجارب آنها را درک خواهیم کرد. این موضوع منجر به یک عنصر کلیدی در گوش دادن انعکاسی می شود که **آزمون فرضیه** نام دارد. به طور خلاصه آنچه شما به آن فکر می کنید ممکن است همان چیزی نباشد که واقعا منظور گوینده است.

رویکرد آزمون فرضیه بر الگوی ارتباطی زیر استوار است:



شنیدن انعکاسی نقطه D را به A متصل می کند.

در نقطه ی A مراجع چیزی برای گفتن در ذهنش دارد. در نقطه ی B مراجع آن را می گوید. در نقطه ی C فرد مصاحبه گر/ تسهیل گر می شنود و بیان فرد را دریافت می کند. در نهایت در نقطه ی D مصاحبه گر/ تسهیل گر معنای آنچه مراجع گفته را درک می کند. به مثال زیر توجه کنید:

در نقطه A مادر باردار ممکن است فکر کند: "هر چیزی که می خواهند بگویند ولی من نمی خواهم ترس و درد زایمان را تجربه کنم"

در نقطه B مادر باردار ممکن است بگوید "همه الان سزارین انجام می دهند منم مثل همه"

در نقطه C مصاحبه گر/ تسهیل گر ممکن است بشنود "من هم می خواهم مثل بقیه زنان جامعه باشم"

در نقطه D مصاحبه گر/ تسهیل گر ممکن است چند معنا را از آن بفهمد- "من هم مثل بقیه ی مادران باردار قادر به انجام زایمان طبیعی نیستم"، "میخواهم مثل اکثریت مادران باردار سزارین را انتخاب کنم"، یا "زایمان سزارین بهتر از زایمان طبیعی است"- که هر کدام از آنها ممکن است دقت بیشتر یا کمتری داشته باشد.

هدف شنیدن انعکاسی این است که تمام برداشت های مختلفی که می تواند نقطه D را به A متصل کند، شناسایی شود. این اتصال D به A آزمون فرضیه است. یعنی، "من فکر می کنم منظور مادر باردار این باشد، اما اجازه می دهم آن را بررسی کنم و دقیق تر شوم".

گوش دادن انعکاسی سوال پرسیدن نیست بلکه بیان کردن است. کلمات ممکن است دقیقا یکسان باشند ولی اثرات آنها متفاوت است. برای مثال دو جمله زیر را با صدای بلند بخوانید:

شما مطمئن نیستی که می توانی زایمان طبیعی انجام دهی؟

شما مطمئن نیستی که می توانی زایمان طبیعی انجام دهی.

آیا متوجه شدید که صدای شما در پایان جمله اول بالا رفت و در پایان جمله دوم پایین آمد. جمله دوم ممکن است احساس برانگیز باشد اما این چیزی است که گوش کردن انعکاسی است. شنونده برای تایید یا رد معنای آنچه فرد می گوید گمانه زنی می کند. اگر هم معنای سخن فرد نبود این نوع بیان منجر به روشن شدن موضوع به وسیله فرد و اکتشاف بیشتر است. در مقابل، سوال پرسیدن جریان حرکت فرد را قطع می کند.

هنگام گوش دادن انعکاسی بعضی از عبارات استاندارد می تواند کمک کننده باشد:

"بنابراین تو احساس می کنی ..."

"تو تعجب می کنی اگر ..."

"به نظر می‌رسد شما..."

"شما..."

این عبارات می‌توانند در استفاده از انعکاس‌ها مفید باشند اما مراقب باشید استفاده از آنها کلیشه‌ای نشود. اگر خیلی تکراری باشید، افراد ممکن است احساس کنند شما دارید آنها را درمان می‌کنید. یعنی شما روال خود را تغییر نمی‌دهید ولی از این ترفند استفاده می‌کنید تا آنها را درک کنید. این تنوع داشتن باید در عمق بازتاب‌های شما نیز وجود داشته باشد.

✓ سوالات باز - پاسخ

گرچه سوالات کوتاه-پاسخ در جمع‌آوری اطلاعات از افراد ضروری است اما سوالات باز-پاسخ ستون فقرات فرآیند جمع‌آوری اطلاعات هستند. آنها زمینه را برای یک محیط بدون پیش‌داوری و قضاوت فراهم می‌کنند که افراد بتوانند مشکلاتشان را کشف کنند. سوالات باز پاسخ از فرد می‌خواهند فراتر از بله و خیر پاسخ دهند. بنابراین، به جای سوال کردن از افراد که مثلاً "تصمیم‌داری به طور طبیعی زایمان کنی؟" ممکن است پرسیده شود "درباره زایمان طبیعی چه فکری می‌کنی؟" گاهی اوقات این عبارت می‌تواند بیش از حد گسترده یا مبهم باشد و فرد از پرسشگر بخواهد روشن‌تر بپرسد. در این زمان می‌شود گفت "وقتی درباره زایمان طبیعی فکر می‌کنی، چه چیزی به ذهنت می‌آید؟". این سوال حرکت ایجاد می‌کند، سپس از طریق استفاده از گوش دادن انعکاسی هدایت می‌شود.

به طور معمول، سوالات ابتدایی سوالات وسیع‌تری هستند و ممکن است گاهی اوقات مبهم باشند. ما می‌توانیم همیشه بیشتر سوالاتمان را خاص‌تر کنیم. امید ما این است که فضای کافی ایجاد کنیم تا افراد بتوانند درباره آنچه مهم است به ما بگویند. البته سوالات اغلب جهت و هدف دارند. برای افرادی که آماده به کار هستند یک دعوت ساده به حرف زدن ممکن است کافی باشد- برای مثال، "چه چیزی باعث می‌شود که فکر کنی سزارین بهتر است؟" با این حال، اکثر افراد درباره ایجاد تغییر مردد هستند و نیاز به کمک بیشتری دارند. این به این معنا نیست که کم حرف زدن احساس راحتی بیشتری برای آنها ایجاد می‌کند. کم حرف زدن ممکن است موضوع و آنچه که فرد را به سمت راحتی بیشتر سوق می‌دهد به تأخیر بیندازد: ادراک اینکه شما وضعیت آنها را درک می‌کنید و آنها را قضاوت نمی‌کنید. بنابراین، اغلب در

دست داشتن سوالات وسیع می تواند کمک کننده باشد اما نه همیشه. برای مادر باردار شما ممکن است بگویید: "همسرت درباره این که چگونه بتوانی زایمان طبیعی انجام بدهی نگرانی هایی دارد. فکر می کنی چرا او به این موضوع فکر می کند؟" البته اگر مشکل خاصی شناسایی شده باشد شما می توانید مستقیماً درباره آن بپرسید: "بنابراین تو کمی احساس ترس می کنی. چه اتفاقی دارد می افتد؟" چون افراد مقاومت دارند، می توان از یک بحث خاص درباره مساله به تمرکز وسیع تر بر زندگی آنها بازگشت کرد. بیانات باز-پاسخ ترکیب چندگانه ای از انعکاس و سوال هستند: برای مثال "اگر با این شرایط زایمان طبیعی را انتخاب کرده باشی من تعجب می کنم". اینها دقیقاً سوال نیست اما می تواند به همان اندازه عمل کند. اغلب این سوالات، می تواند در ایجاد رابطه اولیه مفید باشد. از سوالاتی که یک پاسخ دارد اجتناب کنید.

✓ تایید و تصدیق

همانطور که قبلاً اشاره شد مصاحبه انگیزشی تلاش می کند تا احساس توانمندی و خودکارآمدی در فرد ایجاد کند. ما می خواهیم به ایجاد یک نگرش "می توانم انجام دهم" کمک کنیم. اکثر افرادی که به دنبال کمک هستند خود را تغییر می دهند. آنها قبلاً سعی کرده اند به طور مستقل تغییرات ایجاد کنند اما تلاش های آنها منجر به رضایت خودشان یا دیگران نشده است. محصول این تلاش های شکست خورده، تضعیف روحیه افراد در جستجوی کمک است. بنابراین بخشی از نقش مصاحبه گر/ تسهیل گر این است که امید و اعتقاد داشته باشد که مراجع واقعاً می تواند تغییر کند. تصدیق کردن، روشی برای جهت دادن مراجع به سمت منابع در دسترس او جهت تغییر است. تصدیق کردن، اظهار قدردانی برای مراجع و نقاط قوت اوست. تصدیقات فراتر از گوش دادن انعکاسی هستند. این اظهارات و بیانات به طور راهبردی برای متصل کردن مراجع به نقاط قوت و منابع او طراحی شده اند که رفتار مساله ساز آنها را شناسایی می کنند. تصدیق کردن معمولاً به صورت کلمات روشن و واقعی برای درک کردن و قدردانی از مراجع است. برای مثال برای مادری که با ترس از دست دادن فرزندش دغدغه دارد مصاحبه گر/ تسهیل گر می تواند بگوید، "تو کسی هستی که عمیقاً مراقب فرزندت هستی و مایلی برای نگه داشتن او مبارزه کنی."

مربیان مصاحبه انگیزشی اشاره می کنند استفاده از تصدیق می تواند مشکل ساز باشد و وقتی مراجع احساس کند مورد قضاوت قرار گرفته یا تشویق شده، ممکن است واکنش منفی نشان دهد. آنها برای جلوگیری از این مسئله ایده هایی مطرح می کنند:

- تمرکز بر رفتارهای خاص به جای نگرش ها، تصمیم گیری ها و اهداف
- از گفتن کلمه "من" اجتناب کنید.
- بر "توصیف ها" و نه "ارزیابی ها" تمرکز کنید.
- به مسائل غیرحساس بیشتر از موارد حساس توجه کنید.
- شایستگی را به جای نقص در دنیای مراجع پرورش دهید.

تعریف کردن تصدیق کردن نیست. تعریف کردن در خود قضاوت همراه با ارزیابی دارد. بسیاری اوقات اما نه همیشه تعریف کردن با بیان "من" شروع می شود: "من فکر می کنم شما عمیقاً مراقب فرزندت هستی." رویکرد دیگر استفاده از بیان "شما" است: "شما ... هستی"، "شما احساس می کنی..."، "شما معتقدی" که این تغییر در ضمائر تأیید را از دیدگاه بیرونی به یک ویژگی درونی که -مراجع سخت تر آن را از دست می دهد- انتقال می دهد. تصدیق کردن باعث می شود فرد به خاطر کسی که هست احساس ارزشمند بودن داشته باشد. به جای استفاده از تعریف یا بیان "من"، این روش یک ابزار قدرتمند برای جهت دهی مراجع به نقاط قوت و منابع درونی است. در عمل تصدیق کردن به حداقل خرده مهارت های مشاهده شده توجه می کند. تاسف آور است که مراجعان اغلب با تجربه های زندگی آسیب می بینند و با انتظارات دیگران برای اشاره به کمبودها، نارسایی ها و تلاش های ناکافی شرطی می شوند. به عنوان فردی که در حرفه ای مشغول به کار است به این فکر کنید وقتی فردی تشخیص دهد شما کارتان را خوب انجام می دهید چقدر می تواند قدرتمند باشد. مهم است بدانید که وقتی شما از تصدیق استفاده می کنید این عمل شما واقعی است و به آن اهمیت دهید. احساس مصنوعی بودن نباید به مراجع دست دهد. تصدیق ها می تواند آزادانه انجام شود اما مراقب باشید بیش از حد تلاش نکنید. مراجعان، غیر واقعی بودن آن را تشخیص می دهند. اغلب می توانید مشکلات را به عنوان یک توانایی شخصی بیان کنید: "رفتن خیلی سخته. تو باید نیروی درونی زیادی برای حرکت به جلو داشته باشی." تصدیق ها ساختار خاصی ندارند؛ با این حال آنها باید به صورت مثبت بیان شوند. یعنی تمرکز بر یک توانمندی یا ویژگی، نه فقدان

چیزی. برای مثال، "تو توانستی از سزارین غیرضروری اجتناب کنی" این با تصدیق شروع می شود اما بر اجتناب از چیزی متمرکز است. یک عنصر مثبت پیدا کنید، "با وجود سخت بودن زایمان طبیعی تو توانستی تصمیم بگیری- زایمان سزارین را انتخاب نکردی". دلایل معمولی برای کاوش وجود دارد (مثل درک آنچه اتفاق افتاده، ارزیابی کاری که انجام شده، درک نگرانی های مراجع، ترس ها) اما علاوه بر این، کاوش ها فرصت هایی برای تغییر مسیر مراجع به آنچه که می خواهد انجام دهد، ایجاد می کند. مراجعان در این تلاش ها نقاط قوت را نشان می دهند. آنها را یادداشت کنید. تصدیق نقطه پایانی نیست بلکه نقطه ای در مسیری است که اطلاعات ارزشمندی استخراج شده است. درخواست برای شرح دادن، در حرکت مراجع به فراتر از تایید ابتدایی کمک کننده است. برای مثال ممکن است تصدیق در پاراگراف قبلی با سوال اینطور دنبال شود: "چگونه تصمیم به انجام زایمان طبیعی گرفتی؟" در کل، سوالات "چگونه" و "چه" روش های خوبی برای این کار هستند. چگونه انجام دادی...؟" "چه کار کردی...؟". در نهایت متخصصان گاهی احساس می کنند فقط با گوش کردن مراجعان را تصدیق می کنند.

✓ جمع بندی:

بخشی از آنچه در فرآیند کمک کننده مصاحبه انگیزشی اتفاق می افتد این است که ما تجربه های مراجعان را سازماندهی می کنیم و آنچه آن ها به ما گفته اند را ساده تر به آنها برمی گردانیم. یعنی "انعکاس"، آنچه مراجع گفته را باید ساده تر تکرار کند؛ آن ها همچنین باید درکشان را با بیان عنصری که درون پیام است اما به صورت واضح بیان نشده افزایش دهند. این ایده سازماندهی، با تمرکز بر جمع بندی روشن تر می شود.

میلر و رونیک (۲۰۰۲) جمع بندی را به عنوان کاربرد خاص گوش دادن انعکاسی توصیف کرده اند. آنها سه نوع متفاوت جمع بندی را توصیف کردند: جمع آوری، پیوند دادن و انتقال- که در عین همپوشانی اما اغلب اهداف متفاوتی دارند. بهترین جمع بندی ها، مختصر هستند. جمع بندی های طولانی، برای سازماندهی تجارب مراجع کمک کننده نخواهند بود بلکه این تک گویی ها به ضرر مراجع هستند و قدرت او را کم می کنند.

تسهیل گران در حالی که دو اصل مهم مصاحبه انگیزشی (نقش تردید در تغییر و اهمیت گفتگوی تغییر)، را در نظر می گیرند باید عناصری که مراجع را به جلو حرکت می دهد هدف قرار دهند. به طور خاص تنها تمرکز بر فواید تغییر، مراجع

را به دعوی متقابل دعوت می کند. بنابراین جمع بندی نباید صرفاً بر طرفداری از تغییر، متمرکز باشد. در عین حال هدف اولیه ی مصاحبه انگیزشی، فراخوانی و تقویت گفتگوی تغییر است. بنابراین تسهیل گران باید به گفتگوی تغییر به عنوان محصول مراجع توجه کنند و سپس وزن خاصی به این بیانات در جمع بندی بدهند. برای مثال:

"تو امروز اینجا هستی که دانش و مهارت های لازم برای طی دوران بارداری سالم یاد بگیرد و در عین حال زایمان برات مساله ای مبهم و چالش برانگیز است. گرچه حضور در اینجا و صحبت در خصوص بعضی مسائل، خیلی مورد علاقه ات نبوده ولی در نهایت تو قوی بودی و در این جلسه شرکت کردی؛ بنابراین بخشی از تکلیف ما تعیین این خواهد بود که چگونه به تو برای داشتن یک بارداری و زایمان سالم و ایمن کمک کنیم."

این خلاصه گرچه مختصر است، شامل چند ایده است و آنها را به نحوی که قابل درک است ارائه می کند. این جملات همچنین ساختاری را برای تعیین چارچوب تجارب فرد فراهم می کنند: تو نمی خواهی اینجا باشی، تو نگرانی هایی داری و ما یک هدف مشترک داریم- برای اینکه موفق بشوی تردید های تو از سوی ما نادیده گرفته نمی شود، اما خودمان را به آنها محدود نمی کنیم. توجه کنید که این جمع بندی با تصدیق شروع می شود و با تاکید بر هدف پایان می یابد (مثل موفق شدن که ممکن است زایمان طبیعی باشد یا نباشد). این نوع جمع بندی، روشی هدفمند است که به نوعی اطلاعات جمع بندی شده را مجدداً به مراجع برگردانده و ضمن پیشبرد مکالمه، در تقویت گفتگوی تغییر مفیدند.

۳-۱-۳. گفتگوی تغییر

آنچه مصاحبه ی انگیزشی را منحصر به فرد می کند، تأکید بر تحریک نوع خاصی از صحبت کردن در فرد است- آنچه که به آن گفتگوی تغییر می گوئیم. بسیاری از مداخلات مصاحبه انگیزشی طراحی شده اند تا این نوع زبان را فراخوانی کنند. این رویکرد مبتنی بر این عقیده است که افراد بیشتر احتمال دارد آنچه را که در طول جلسه در مورد آن صحبت می کنند انجام دهند. مسیر و قدرت این تغییرات پیش بینی کننده تعهد و رفتار است. هدف اصلی مصاحبه انگیزشی این است که افراد هدف خود را برای تغییر بیان کنند و با این کار قصد آنها برای تغییر تقویت می شود. وقتی فرد مردد است، از او بخواهید برای مهمترین تغییر خاص استدلال بیاورد. تردید فرد یک وضعیت بحرانی ایجاد می کند: استدلال فرد ممکن است مخالف با استدلال متخصص باشد؛ و این تأسف بار است که اغلب متخصصان تلاش می کنند فقط با جمله

"بله اما" افراد را متقاعد کنند به سمت تغییر مفید حرکت کنند. اگر این حالت زیاد طول بکشد، افراد با خودشان درباره عدم تغییر گفتگو می کنند ... ؟

۳-۱-۴. روح و معنا

سه مولفه ی روح مصاحبه ی انگیزشی شامل: همکاری، فراخوانی و استقلال است. همکاری، به مشارکت تسهیل گر با مراجع اشاره دارد. اگر چه تسهیل گران بر موضوع اشراف دارند اما اطلاعات و شناخت مراجع درمورد شرایط و تلاش های قبلی خود برای تغییر را به رسمیت می شناسد. بنابراین تسهیل گر تلاش می کند آرمان ها و اهداف مراجع را بشناسد و برای امکان پذیر نمودن تغییر، محیط مثبتی ایجاد کند. برای مثال تسهیل گر از نصیحت و توصیه کردن به مراجع اجتناب می کند؛ حتی اگر درمورد تصمیم گیری مراجع نگرانی هایی دارد. فراخوانی در تطابق با نظرات مطرح شده، مشارکت در ایده ها و راه حل های مراجع است. مراجعان به عنوان متخصصی در حوزه ی خود، عواملی را که به تغییر کمک می کند یا آنها را از تلاش برای تغییر منع می کند، تجربه کرده اند. به عنوان تسهیل گر ما مسائل کلی مراجعان را می دانیم اما آنچه مراجع به طور خاص به آن نیاز دارد و آن را می خواهد، نمی دانیم. هدف ما بیرون کشیدن دلایل فرد و روش های بالقوه او برای تغییر مناسب و ارائه ایده های مناسب برای مراجع است. همچنین ما اذعان می کنیم که راه های متعددی برای تغییر و ایجاد انگیزه برای تغییر وجود دارد که از درون مراجع می آید. مراجعان به عنوان راهنما عمل می کنند؛ یعنی مقصد را انتخاب نمی کنند اما درباره مسیرهای که ممکن است انتخاب کنند اطلاعات ارائه می دهند. استقلال در تصمیم گیری حق فرد است. ممکن است ما نظر بدهیم و حتی مجبور شویم در صورتی که فرد رفتارهای خاصی نشان داد، اقداماتی بکنیم اما در مصاحبه ی انگیزشی فرد در نهایت مسئول انتخاب مسیرش است. متخصصان عدم امکان و توانایی خود را در اجبار مراجع به تغییر به رسمیت می شناسند. حتی در شرایطی که ما از تقویت کننده ها برای ارتقاء انگیزه ی مراجع استفاده می کنیم، او خود باید تغییر را انتخاب کند. بنابراین مصاحبه ی انگیزشی به طور مداوم تأکید می کند به جای اینکه ما بگوییم چرا تغییر لازم است، باید اهداف، ارزش ها و آرزوهای افراد را فراخوانیم.

✓ **همکاری و مشارکت** : به طور قطع یکی از مهمترین عناصر مصاحبه ی انگیزشی همکاری و مشارکت است. در

یک مصاحبه ی انگیزشی، فرد مشاور، از یک رابطه ی قدرت مدار پرهیز کرده و در عوض به تشریک مساعی با

مراجع خود می پردازد. فرآیند مصاحبه ی انگیزشی بیش از توصیه و سفارش، مبتنی بر اکتشاف و بیشتر از

بحث و متقاعد سازی، مبتنی بر حمایت از مراجع است. مصاحبه کننده، درصدد ایجاد فضا و رابطه ی مثبتی است که نتیجه ی آن تغییر رفتار مراجع از روی رضایت و نه به دلیل اجبار باشد.

✓ **فراخوانی:** در راستای نقش مشارکتی، باید توجه داشت که مصاحبه گر/ تسهیل گر به گفتن حقایق، نصایح درست و معقول نمی پردازد بلکه اقدام به فراخوانی آنها از سوی مصاحبه شونده می نماید.

✓ **استقلال (آزادی عمل):** بنا بر فلسفه ی مصاحبه ی انگیزشی، مسئولیت تغییر با مراجع است. به عبارت دیگر در این فرآیند برای استقلال و آزادی عمل مراجع احترام قائل هستیم. مراجع همواره مختار است که در جلسات مشاوره شرکت کرده و یا انصراف دهد. هدف اصلی در این فرآیند، ارتقای انگیزه ی درونی افراد است بنابراین تغییر منبعث از خواست فرد و در تطابق با اهداف و ارزش های مراجع است. در این صورت در پایان یک مصاحبه ی انگیزشی مطلوب و درست، این مراجع است که بیش از مشاور علاقه مند به تغییر رفتار بوده و در این خصوص بحث و گفتگو می کند.

کار عملی

این تمرین از شما می خواهد در مورد کسانی که ممکن است تأثیر مهمی در زندگی شما گذاشته باشند، فکر کنید. نقش ناظر یا معلم مورد علاقه خود را در نظر بگیرید. این فرد می تواند معلم شما در دوران دبستان، دبیرستان یا دانشگاه و .. باشد. فردی را انتخاب کنید که از او الهام گرفته اید و به شما کمک کرده تا رشد کنید. مشخصاً این فرد کسی است که شما را برای یادگیری انگیزه مند ساخته و الهام بخش شما برای پیشرفت و تلاش بیشتر بوده است. نام آن شخص، ویژگی هایی که از او به یاد می آورید، احساسی که نسبت به او داشتید و نحوه ای که به او پاسخ می دادید، چیست؟

نام او چیست؟

چه ویژگی هایی داشته است؟

او انتظار داشت چه کاری انجام دهید؟

چگونه به تلاشها و آموزش او پاسخ دادید؟

بعد از اتمام تمرین، ویژگی های این شخص مهم را بررسی کرده و آنها را با سه ویژگی روح بخش مصاحبه انگیزشی مقایسه کنید: همکاری، استقلال و فراخوانی.

آیا فردی که در شما انگیزه یادگیری ایجاد کرد این سه ویژگی را داشت؟

برای اینکه شما هم بتوانید در ایجاد تغییر در مادر باردار نقش داشته باشید لازم است این سه ویژگی را در خود ایجاد و تقویت کنید.

۳-۲. مراحل انجام یک مصاحبه ی انگیزشی

مصاحبه ی انگیزشی در کل به دو مرحله، تقسیم می شود. هدف از مرحله ی اول **ایجاد انگیزه ی درونی** برای تغییر است. اگر فردی از قله ی کوه انگیزه بسیار دور باشد راه طولانی را در زمینه ی آمادگی برای تغییر در پیش دارد. در حالی که مرحله ی دوم، فرد آماده ی تغییر است و آن چه اتفاق می افتد **تقویت تعهد** فرد برای تغییر و برنامه ریزی برای اجرای آن است. مرحله ی دوم، ساده تر و همچون حرکت در سرایشی کوه بوده که بزرگترین چالش آن مراقبت از عدم برخورد با درختان و یا عدم انحراف احتمالی از مسیر است. میلر و رولنیک، هشت مرحله را برای انجام مصاحبه ی انگیزشی معرفی کرده اند:

۱. ایجاد ارتباط و حسن تفاهم
۲. تعیین دستورکار
۳. ارزیابی آمادگی فرد برای تغییر
۴. شفاف سازی اهداف
۵. تشخیص تعارضات
۶. استخراج بیانات حاکی از خودانگیزگی
۷. کنترل (اداره) کردن مقاومت
۸. جابه جایی موضوع هدف

ایجاد ارتباط و حسن تفاهم
چه چیزی قرار است اتفاق بیفتد؟



جملات آغازین

امروز ما در حدود یک ساعت وقت داریم و در این فرصت، من مایلم در مورد علت حضور شما در اینجا صحبت کنیم. احتمالاً من بیشتر شنونده خواهم بود تا بتوانم با نظرات و احیاناً نگرانی های شما در مورد زایمان آشنا شوم. همچنین مایلم بدانم شما دوست دارید چه اتفاقاتی در این جلسات رخ دهد و این که با چه چیزهایی مواجه نشوید؟ در پایان این جلسه، من امیدوارم بتوانم اطلاعاتی را که برای اجرای برنامه نیاز دارم با کمک شما به دست بیاورم. نظر شما چیست؟



تعیین دستور کار

با توجه به توضیحاتی که دادم، ما می توانیم در جلساتی که با هم داریم در مورد سوالات و نگرانی هایی که احتمالاً شما در مورد انتخاب نوع زایمان دارید گفتگو کنیم، امروز شما دوست دارید به کدام یک بپردازیم؟ آیا موضوع به خصوصی هست که بیش از همه ذهن شما را مشغول کرده باشد؟



ارائه ی بازخورد و توصیه های حرفه ای

- نشان دادن نمودارها و مطالب مرتبط با موضوع
- مقایسه ی نتایج حاصل از ارزیابی رفتارهای مادر باردار با دیگر مادران (وضعیت شما در مقایسه با دوستانتان این است)
- پیشنهاد اطلاعات در مورد معنا و تفسیر نتایج حاصل از ارزیابی اولیه (در صورت تمایل و پرسش مادر باردار)
- فراخوانی پاسخ های مادر باردار (در مورد این اطلاعات چه نظری دارید؟)



ارزیابی آمادگی برای تغییر

- استفاده از خط کش مدرج برای ارزیابی اهمیت تغییر برای مادر باردار و اطمینان وی از توانایی خود برای تغییر (با توجه به این خط کش چقدر الان آمادگی داری که زایمان طبیعی انجام دهی؟)
- سوال از مادر باردار برای توضیح در مورد نمره ای که انتخاب کرده (علاقه مندم بدانم دلیل این که نمره ی ... انتخاب کردی چه بود؟)

شکل ۳-۱. گام های اول تا سوم مصاحبه ی انگیزشی

۳-۲-۱. گام اول: ایجاد ارتباط و حسن تفاهم

ایجاد ارتباط و حسن تفاهم بر مبنای اعتماد صورت می گیرد و اعتماد نیز لازمه ی هر گونه تغییر است؛ لذا مصاحبه گر/ تسهیل گر باید از تجویز نسخه ی تغییر و یا تهدید مراجع پرهیز نماید. توجه به این نکته ضروری است که مراجع، زمانی را برای آشنایی با مصاحبه گر/ تسهیل گر و اطمینان از این موضوع که وی درصدد قضاوت، اجبار و یا راضی کردن وی به تغییر نیست، نیاز دارد. در این گام، صرف وقت برای شفاف سازی در خصوص آن چه در جریان است از اهمیت زیادی برخوردار است همچنین زمان و مکان انجام مصاحبه اهمیت زیادی دارد. اختصاص یک فضای مناسب و توضیح و اطمینان بخشی به مراجع در خصوص نقش خود بسیار کمک کننده است.

با توجه به مطالب پیش گفت، در گام نخست از اجرای مداخله، مصاحبه کننده با ارائه ی پرسش های باز و اطمینان دهنده - که در عین حال، برای مادر باردار، اهمیت داشته و به زندگی او مرتبط باشد- به برقراری ارتباط با وی و ایجاد حسن تفاهم، می پردازد.

۳-۲-۲. گام دوم: تعیین دستور کار

تعیین دستور کار، موضوعی است که باید از مدت زمانی پیش از شروع اولین مصاحبه، در ذهن مصاحبه گر/ تسهیل گر باشد. سوال اساسی در این بخش عبارت است از: ما قرار است راجع به چه چیزی گفتگو کنیم؟ گاهی اوقات موضوع با توجه به زمینه ی گفتگو از پیش تعریف شده است. به عنوان مثال، در کلاس های آمادگی بارداری و زایمان، طرح درس و موضوعیت جلسات از پیش تعیین شده است؛ ولی حتی در این شرایط نیز اگر لازم باشد می توان دستور کار را بر اساس نیاز و تقاضای مادران شرکت کننده تغییر داد و یا حتی ترتیب موضوعی یک جلسه را بر اساس سوالات ذهنی مادران باز طراحی نمود. از این رو بهتر است تسهیل گر چند دقیقه ای را به آشنایی با دیدگاه مادران در خصوص موضوع مورد بحث اختصاص داده و فرصتی را برای اظهار نظر در خصوص دستور کار پیشنهادی از سوی شرکت کنندگان ایجاد نماید. بدین ترتیب تسهیل گر با مخاطب خود به توافق می رسد.

با توضیحات فوق، جهت اجرای این گام، مصاحبه گر/ تسهیل گر، می تواند لیستی از فعالیت هایی را که می خواهد انجام دهد برای مادر باردار توضیح داده و از وی سوال نماید که به کدام یک از موضوعات علاقه ی بیشتری داشته و یا برای او اهمیت بیشتری دارد. موضوعی که مادر باردار پیشنهاد می کند، می تواند به عنوان نقطه ی شروع در نظر گرفته شود در عین حال که مصاحبه گر/ تسهیل گر، می تواند پیشنهاد خود را نیز مطرح کرده و با وی به توافق برسد. به عنوان مثال اگر موضوع توافق شده بررسی رژیم غذایی فعلی مادر باردار باشد پس از ارائه ی سوالات مرتبط و ارزیابی اولیه ی رژیم غذایی وی، تسهیل گر می تواند اطلاعات مهم موجود در زمینه ی رژیم غذایی سالم را به وی ارائه کرده و یا حتی رژیم غذایی او را با دیگر مادران باردار که دارای وزن طبیعی هستند مقایسه نماید. ارائه ی این بازخورد به آمادگی مادر باردار برای تغییر کمک می نماید.

۳-۲-۳. گام سوم: ارزیابی آمادگی برای تغییر

همان طور که گفته شد، مصاحبه ی انگیزشی دارای دو مرحله است که دارای اهداف متفاوتی هستند در عین این که کاملاً از هم مجزا نیستند. مرحله ی اول ایجاد انگیزه ی درونی برای تغییر است؛ در حالی که مرحله ی دوم به تحکیم تعهد فرد برای تغییر و طراحی برنامه ی آن اختصاص دارد. هدف از مرحله ی اول مصاحبه ی انگیزشی، رفع تردیدهای مصاحبه شونده، به منظور ایجاد آمادگی تغییر است و جایگاه فعلی مصاحبه شونده، تعیین کننده ی مقدار کار و زمانی است که در این مرحله صرف می شود. برخی از افراد، زمانی که وارد جریان مصاحبه ی انگیزشی می شوند، پذیرفته اند که مشکلی دارند و برای رفع آن باید تغییراتی در خود ایجاد نمایند. به عبارت دیگر این افراد پیشاپیش از مرحله ی اول گذر نموده اند. در این موارد، مصاحبه کننده، تنها می تواند از دیدگاه مصاحبه شونده، و دلایل او برای تغییر، آگاه شود و اگر مخاطبی تا این حد آمادگی تغییر دارد؛ دلیلی برای صرف وقت زیاد در مرحله ی اول وجود ندارد.

درک تردیدهای مصاحبه شونده، عاملی مهم در برآورد میزان اهمیت و اطمینان وی برای تغییر بوده و لازم است در مرحله ی اول مصاحبه، انجام شود؛ چرا که از عناصر اصلی انگیزش درونی، هستند. یک روش ساده، برای این کار، استفاده از یک خط کش مدرج ده قسمتی است. صفر این خط کش، نشان دهنده ی کاملاً بی اهمیت، و شماره ی ده آن نشانگر کاملاً مهم است. با پرسش سؤالاتی مستقیم، نظیر «چقدر برایت مهم است که این کار را انجام دهی؟ لطفاً با توجه به این خط کش بگو که اهمیت انجام این کار در کجا قرار دارد؟» و یا با به کارگیری همان خط کش در حالی که صفر آن نشان دهنده ی اصلاً مطمئن نیستم و شماره ی ده آن نشانگر کاملاً مطمئنم می توان سوال کرد «چقدر مطمئن هستی که اگر تصمیم بگیری

زایمان طبیعی انجام دهی، بتوانی این کار را انجام دهی؟». به نظر می آید که افراد مختلف را بتوان در یکی از گروه های چهارگانه ی زیر قرار داد:

گروه الف. اهمیت کم و اطمینان کم

گروه ب. اهمیت کم و اطمینان زیاد

این گروه از مصاحبه شوندگان به تغییر اصلاً اهمیتی نداده و این گروه از مصاحبه شوندگان در صورتی که قانع شوند که اطمینانی هم به توانایی انجام آن ندارند. تغییر مهم است به توانایی خود برای تغییر اطمینان دارند.

گروه ج. اهمیت زیاد و اطمینان کم

گروه د. اهمیت زیاد و اطمینان زیاد

مشکل این گروه، علاقه مندی به تغییر نیست بلکه برای این گروه از مصاحبه شوندگان تغییر مهم بوده و از عدم اطمینان آنها به توانایی تغییر است. توانایی خود برای تغییر نیز مطمئن هستند.

آمادگی برای تغییر، نیازمند حداقلی از "اهمیت داشتن" و "اطمینان از توانایی انجام" است. با اخذ این اطلاعات می توان به موانع مورد نظر مصاحبه شونده در زمینه ی تغییر رفتارهای مورد نظر آگاهی یافت.

برای انجام این گام در مطالعه ی حاضر، مصاحبه شونده از موضوع توافق شده، با مادر باردار شروع کرده و میزان اهمیت تغییر در موضوع مورد نظر و اطمینان مادر باردار از توانایی تغییر را ارزیابی می کند با توجه به مطالب پیش گفت، مصاحبه شونده در یکی از گروه های چهارگانه قرار گرفته و در گام بعدی، موضوعات هدف مشخص می گردد.

چگونه آمادگی مادران باردار برای انجام زایمان طبیعی را مورد سنجش قرار دهیم؟

سوالاتی که می تواند برای سنجش آمادگی برای تغییر از مادران باردار پرسیده شود:

چقدر برای انجام زایمان طبیعی آمادگی دارم؟

هدف طرح سوال مذکور این است که مادر:

✓ میزان تمایل خود را برای انجام زایمان طبیعی بسنجد.

✓ میزان توانایی خود را برای انجام زایمان طبیعی اندازه گیری کند.

✓ در نهایت میزان آمادگی خود را برای انجام زایمان طبیعی تعیین کنید.

در گام نخست از مادران بخواهید به این سوال پاسخ دهند:

چقدر برای من اهمیت دارد که فرزندم را به صورت طبیعی به دنیا آورم؟

سوال را در وایت برد یادداشت کرده و بگویید: حالا با دقت و صداقت به سوال فکر کنید، ۵ مورد از دلایل خود را برای انجام زایمان طبیعی و ۵ مورد از دلایل خود را برای زایمان سزارین بنویسید و به هریک از ۱ تا ۲۰ امتیاز دهید. خودتان نیز دو عنوان زیر را روی وایت برد یادداشت کنید و مقداری زمان دهید تا مادران پاسخ هایشان را بنویسند و در نهایت به آن ها امتیاز دهند. بعد از پایان به عنوان نمونه فرم یکی از مادران را بگیرید و همزمان که دلایل او را با صدای بلند می خوانید روی برد یادداشت کنید. ببینید کدام دلیل بیشترین امتیاز را در هر دو عنوان زایمان طبیعی و سزارین گرفته و دور آن خط بکشید. بعد از سایر مادران بخواهید دلیلی که در دو نوع زایمان بیشترین نمره را به آن داده اند بگویند و آنها را در یک عنوان جداگانه مهمترین دلایل هر دو نوع زایمان یادداشت کنید. به این صورت ما یک لیست از مهمترین دلایل زایمان طبیعی و سزارین خواهیم داشت. احتمالا در این لیست ترس ها و نگرانی های مادران درباره زایمان طبیعی استخراج خواهد شد که قرار است در بخش مهارت های که به مادر داده می شود تعدیل شوند.

مهمترین دلایل من برای زایمان سزارین:

مهمترین دلایل من برای زایمان طبیعی:

.

.

٢٠

۲.

۳

۳۰۰

۱۶

١٤

5

.۵

مجموع امتیاز تمایل برای زایمان طبیعی:

مجموع امتیاز تمایل برای زایمان سزارین:

بیشترین امتیاز به کدام دلیل برای زایمان طبیعی اختصاص یافته است؟

بیشترین امتیاز به کدام دلیل برای زایمان سزارین اختصاص یافته است؟

در گام دوم از مادران بخواهید به این سوال پاسخ دهند:

تا چه حد مطمئنم که می‌توانم فرزندم را به صورت طبیعی به دنیا آورم؟

این سوال را در وایت برد یادداشت کرده و بگویید: با دقت به سوال بالا فکر کنید و ۵ عاملی که می‌توانند مانع زایمان طبیعی شوند بنویسید. سپس در مقابل هر مانع راه حلی که به ذهنتان می‌رسد بنویسید. به هر راه حل از ۱ تا ۲۰ نمره دهید. خودتان نیز عنوان را روی وایت برد یادداشت کنید و مقداری زمان دهید تا مادران پاسخ هایشان را بنویسند و در نهایت به آنها امتیاز دهند. بعد از پایان به عنوان نمونه فرم یکی از مادران را بگیرید و همزمان که موانع و راه حل‌ها را با صدای بلند می‌خوانید روی برد یادداشت کنید.

موانع زایمان طبیعی:

۱.

۲.

۳.

۴.

۵.

در پایان با توجه به موانع و راه‌های رفع آنها، مجموع امتیازاتی که به راه حل‌ها داده‌اید محاسبه کنید.

در گام سوم آمادگی مادران را برای زایمان طبیعی بررسی کنید.

همانطور که قبلاً به مادران توضیح داده اید میزان آمادگی آنها برای زایمان طبیعی به تمایل و توانمندی آنها بستگی دارد، حال از مادران بخواهید امتیازاتی که برای این دو موضوع به خود داده بودند را با هم جمع کنند و یک نمره کلی برای آمادگی خود گزارش کنند. سپس جهت گروه بندی مادران بر اساس نمراتشان چهار گروه زیر را روی برد یادداشت کنید و بخواهید مادران گروهی که در آن قرار می گیرند را تعیین کنند.

گروه اول

تمایل زیاد (نمره ۵۰ و بالاتر) و توانمندی زیاد (نمره ۵۰ و بالاتر)

گروه دوم

تمایل زیاد (نمره ۵۰ و بالاتر) و توانمندی کم (نمره کمتر از ۵۰)

گروه سوم

تمایل کم (نمره کمتر از ۵۰) و توانمندی زیاد (نمره ۵۰ و بالاتر)

گروه چهارم

تمایل کم (نمره کمتر از ۵۰) و توانمندی کم (نمره کمتر از ۵۰)

سپس هر گروه را به طور مجزا تشریح کنید و معنای آن را برای مادران بگویید:

اگر در گروه اول قرار گرفته اید:

زایمان طبیعی برای شما به قدر کافی اهمیت دارد و در عین حال از توانایی خود برای انجام آن مطمئن هستید.

شما برای انجام زایمان طبیعی آمادگی کافی دارید.

اگر در گروه دوم و سوم قرار گرفته اید:

احتمالا به دلیل اینکه زایمان طبیعی چندان برای شما اهمیت ندارد یا از توانایی خود برای انجام آن اطمینان

ندارید، از آمادگی کافی برای انجام آن برخوردار نیستید.

شما برای انجام زایمان طبیعی تردید دارید.

اگر در گروه چهارم قرار گرفته اید:

متأسفانه به دلیل اینکه به دنیا آوردن فرزندان به صورت طبیعی برای شما اهمیت ندارد و خود را برای انجام

آن ناتوان احساس می کنید، از آمادگی لازم برای زایمان طبیعی برخوردار نیستید.

شما برای انجام زایمان طبیعی آمادگی ندارید.

بنابراین ما با ۴ گروه از مادران باردار مواجهیم:

۱. مادران بارداری که به دلیل تمایل و توانمندی بالا آمادگی انجام زایمان طبیعی را دارند.

۲. مادرانی که به دلیل تمایل بالا ولی توانمندی کم برای انجام زایمان طبیعی تردید دارند.

۳. مادرانی که به دلیل تمایل کم ولی توانمندی بالا برای انجام زایمان طبیعی تردید دارند.

۴. مادرانی که به دلیل تمایل و توانمندی پایین برای انجام زایمان طبیعی آمادگی ندارند.

۳-۲-۴. گام چهارم و پنجم: شفاف سازی اهداف و تشخیص تعارضات

پس از تشخیص میزان آمادگی مادر باردار و آگاهی از این موضوع که وی به چه کمکی نیاز دارد (شفاف سازی اهداف)، مرحله ی دوم به تمرکز بر نیاز های تشخیص داده شده، اختصاص می یابد. از این مرحله مادران طی سه مرحله بررسی می شوند:

مرحله ی اول: عدم آمادگی برای تغییر

مرحله ی دوم: تردید و عدم اطمینان

مرحله ی سوم: آمادگی برای تغییر

در کل، مادرانی که در خصوص هر رفتار به خود نمرات سه و کمتر داده اند در مرحله ی اول، نمرات بین چهار تا شش در مرحله ی دوم و نمرات بالاتر از شش در مرحله ی سوم جای می گیرند. هر مرحله با سوالات باز متناسب با خود آغاز می شود. از آنجایی که آمادگی تغییر در جریان مصاحبه تغییر می کند، مصاحبه گر/ تسهیل گر باید منعطف بوده و شاید لازم باشد به صورت رفت و برگشت در سه مرحله و برای هر رفتار عمل نماید. اهداف مورد نظر برای هر مرحله متفاوت بوده و با توجه به آن راهبردهای مناسب در نظر گرفته می شود.

راهبرد و راهکارهای تغییر، در مرحله ی اول (عدم آمادگی تغییر)

راهبرد اصلی برای افرادی که در مرحله ی اول قرار می گیرند، به فکر واداشتن در خصوص تغییر است که از طریق ارتقاء آگاهی و دانش مصاحبه شونده در زمینه ی مربوطه، صورت می گیرد. بدین ترتیب شرایط لازم برای تماس های بعدی و ورود وی به مراحل بعدی فراهم می شود. در این خصوص راهکارهای زیر توصیه می گردد.

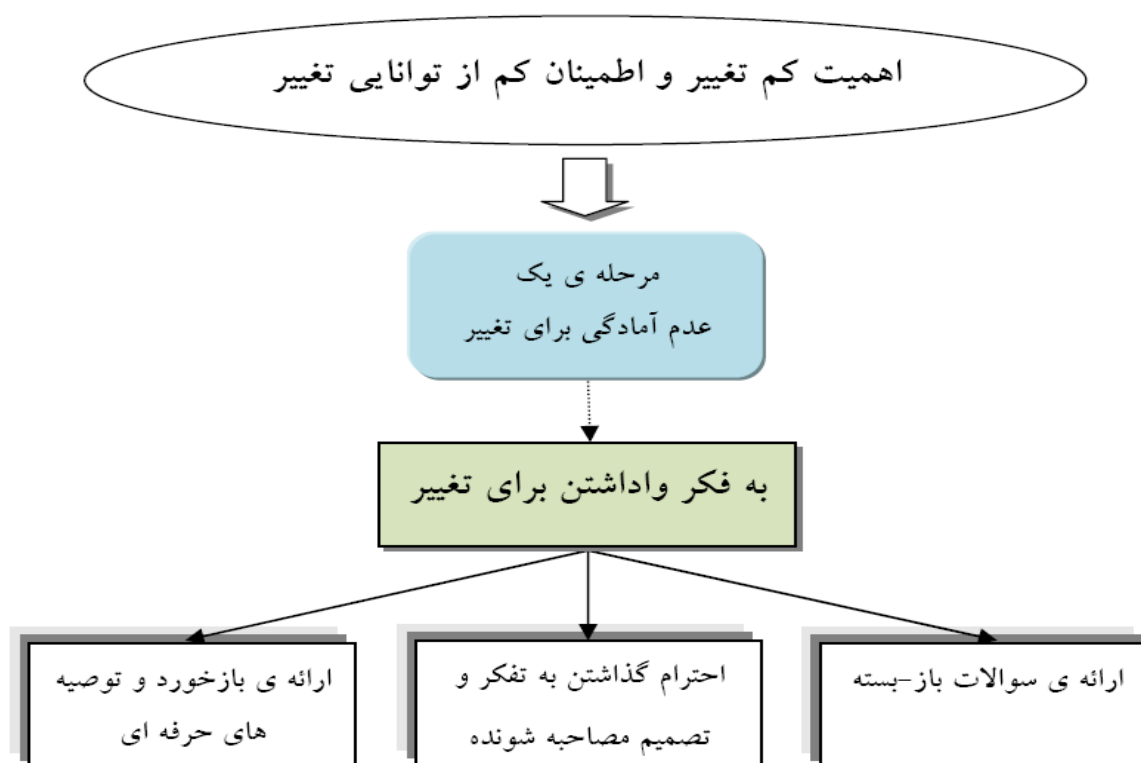
ارائه ی پرسش های باز. میلر و رولنیک معتقدند که با تشویق افراد، به تفکر حول یک موضوع و صحبت درباره ی تغییر از طریق راه های جدید، انگیزه ی آنها برای تغییر افزایش می یابد. به عنوان مثال مصاحبه گر/ تسهیل گر می تواند از مادر باردار سوال کند:

" فکر می کنی مشکلی در ارتباط با زایمان طبیعی داری؟ یا فکر می کنی که لازم است شیوه ی

زایمان خود را تغییر دهی؟"

احترام گذاشتن به تصمیمات مصاحبه شونده. زمانی که مصاحبه شونده آماده ی تغییر نیست، مصاحبه گر/ تسهیل گر به تصمیم او احترام گذاشته و آن را می پذیرد. به دلیل این که افراد، وقتی در یک فضای به دور از قضاوت و اجبار قرار می گیرند، انگیزه ی بیشتری برای تغییر پیدا کرده و مقاومت آنها در برابر تغییر کاهش می یابد. در مطالعه ی حاضر مصاحبه گر/ تسهیل گر می تواند به مادر بارداری که تمایلی به زایمان طبیعی از خود نشان نمی دهد؛ بگوید:

"من به تصمیم شما برای انتخاب نوع زایمانتان، احترام می گذارم. مسلماً شما بهتر از هر کس دیگری می دانید که چه چیزی برایتان مناسب است."



شکل ۳-۲. راهکارهای تغییر، در مرحله ی عدم آمادگی تغییر

ارائه ی بازخورد و توصیه های حرفه ای. ارائه ی بازخورد و توصیه های حرفه ای به عنوان یکی از اجزای اصلی مداخلات تغییر رفتار شناخته شده است. در جریان مصاحبه، ایده آل این است که مادر باردار خود درخواست توصیه نماید؛ در غیر این صورت مصاحبه گر/ تسهیل گر می تواند در صورت موافقت وی توصیه های خود را ارائه دهد. توصیه های پیشنهادی بهتر

است همراه با ارائه ی پرسش هایی از مادر باردار و دریافت نظرات وی باشد. به عنوان مثال مصاحبه گر/ تسهیل گر می تواند جریان مصاحبه را این چنین پیش ببرد:

"همان طور که احتمالاً حدس می زنید به نظر من زایمان طبیعی برای شما مناسب تر است. اما باز تصمیم گیرنده ی نهایی شما هستید. اگر تصمیم گرفتید تغییری در تصمیمتون ایجاد کنید من همیشه در خدمت شما هستم. دوست دارم که تماس را با من حفظ کنی."

راهکارهای تغییر، در مرحله ی دوم (تردید و عدم اطمینان)

هدف مصاحبه ی انگیزشی در این مرحله، تشویق مصاحبه شونده به کشف و حل و فصل تعارضات ذهنی خود در خصوص تغییر است. به اعتقاد میلر و رولنیک، این گام، مهمترین جزء ارتقاء انگیزه و ایجاد اطمینان برای تغییر است. تعارض امری طبیعی است و با ابراز عدم موافقت، بحث و جدل، انکار و یا غفلت مصاحبه شونده از موضوع مورد نظر مشخص می گردد. در چنین مواقعی مصاحبه گر/ تسهیل گر، باید از اظهار این که وی بهتر از مصاحبه شونده ی خود بر موضوع واقف است پرهیز نموده و سعی نماید با کمال آرامش و بدون تعبیر و تفسیر، با اطلاعاتی که مصاحبه شونده به او می دهد کار کند. در چنین شرایطی دلیلی برای مخالفت وجود نخواهد داشت. این گونه عکس العمل ها به دلیل سخت و یا کمک ناپذیر بودن مصاحبه شونده نیست بلکه نشانگر این است که وی دلایلی برای امتناع خود از تغییر دارد. از آنجایی که این دلایل واقعی هستند می توان آنها را به مصاحبه شونده بازتاب داد. با رفع موانع، دلیلی برای ادامه ی رفتارهای ناسالم باقی نمی ماند. مهمترین استراتژی در این مرحله **گفتگوی تغییر** بوده و راهکارهای پیشنهادی عبارتند از:

پرسیدن سوالات برانگیزاننده. شامل سوال از مصاحبه شونده در خصوص دلایل تردید وی برای تغییر و فوائد و مضرات رفتارهای فعلی و همچنین تغییر رفتار است. در مطالعه ی حاضر، بر اساس دلایل رفتاری ذکر شده از سوی مادر باردار که توجیه کننده ی رفتارهای او و همچنین زمینه ساز انگیزه ی ناکافی وی برای تغییر رفتار است؛ سوالاتی مطرح می شود. بدین ترتیب فرصتی فراهم می آید که وی به باز شناسی و اصلاح تعارضات ذهنی خود بپردازد. مصاحبه شونده، با بسط تعارضات ذهنی مادر باردار و شفاف ساختن آنها کمک می کند که راه حل (های) مناسبی را برای حل و فصل آنها بیابد. سپس با

استفاده از بیانات مادر باردار، و بدون آن که قضاوتی در مورد درستی و یا نادرستی آنها بنماید سؤالاتی را در جهت روشن سازی تعارضات، مطرح می نماید. با پرسش هایی از این دست مادر باردار دلایل رفتارهای خود را ارزشیابی کرده و احتمالاً اظهاراتی مثبت و برخلاف آن خواهد داشت.

استفاده از خط کش اهمیت. همانطور که در بخش های پیشین توضیح داده شد، استفاده از خط کش اهمیت، یکی از راه های ارزیابی میزان آمادگی فرد برای تغییر و کشف تردیدهای وی بوده، و یکی از مهمترین راهکارهای پیشبرد گفتگوی تغییر است. به هنگام استفاده از این روش، ابتدا میزان اهمیت تغییر رفتار و همچنین اطمینان مصاحبه شونده از توانایی انجام آن سنجیده شده و سپس از وی سؤالاتی در خصوص دلایل نمره یی که انتخاب کرده پرسیده می شود. در مطالعه ی حاضر، مصاحبه گر/ تسهیل گر می تواند پس از ارائه ی سؤالات برانگیزاننده ای در خصوص تردیدهای مادر باردار به ارزیابی میزان اهمیت تغییر رفتارهای مرتبط با زایمان و همچنین میزان اطمینان او از توانایی تغییر رفتار، با استفاده از خط کش اهمیت، پردازد.

فراخوانی تصمیم متوازن. واداشتن مصاحبه شوندگان به بحث در مورد جنبه های مثبت و منفی وضعیت فعلی خود، کمک موثری بر ایجاد انگیزه ی تغییر رفتار در آنهاست. از این طریق، افراد احساس راحتی نموده و به کشف جنبه های مختلف تردید خود می پردازند. همچنین، در این مرحله، سوال در خصوص مزایا و معایب تغییرات مورد نظر، اهمیت زیادی دارد. مصاحبه گر/ تسهیل گر می تواند در خصوص موانع و تسهیل کننده های تغییر رفتار، از دیدگاه مصاحبه شونده، آگاهی پیدا نموده و از این اطلاعات بهره گیری نماید. استفاده از فرم تصمیم گیری متوازن نیز بسیار کمک کننده است. در مطالعه ی حاضر نیز می توان از مادر باردار درخواست نمود تا جنبه های مثبت و منفی زایمان طبیعی و سزارین را بیان نماید یا می توان فرمی در اختیار وی قرار داد و از وی خواست که از نظر خود سود و هزینه ی ادامه ی رفتار فعلی و تغییر رفتار را به دقت بنویسد.

جدول ۳-۱. نمونه ای از فرم تصمیم گیری متوازن

سزارین انتخابی		زایمان طبیعی	
سود	هزینه	سود	هزینه

بسط و توسعه ی دلایل تغییر. زمانی که مصاحبه شونده، دلیلی را در جهت سودمندی و یا هزینه ی تغییر رفتار، ذکر نمود، نوبت به مصاحبه گر/ تسهیل گر می رسد؛ تا با بسط و توسعه ی آن، وی را درکشف دلایل دیگر کمک نماید. کشف و توسعه ی دلیل تغییر پیش از گذر از موضوع، بسیار مفید است. حداقل این که به جریان گفتگوی تغییر کمک فراوانی نموده و موجب تقویت انگیزه ی مصاحبه شونده می شود. راه های مختلفی برای بسط و توسعه ی دلایل وجود دارد از جمله این که:

۱. سوال برای توضیح: از چه راه هایی؟ چقدر؟ چه موقع؟

۲. درخواست ارائه ی مثال.

۳. درخواست توصیف آخرین باری که این اتفاق افتاده.

۴. پرسش "خوب دیگه چی؟" در رابطه با موضوع تغییر.

سوال در خصوص بدترین و بهترین وضعیت. زمانی که مصاحبه شونده، تمایلی برای تغییر در زمان حال ندارد؛ سوال در خصوص بدترین وضعیت، می تواند به جریان گفتگوی تغییر کمک نماید. از سوی دیگر، می توان، در خصوص حداکثر فواید تغییر از مصاحبه شونده، سوال نمود (شکل ۳-۳).

نگاه به گذشته. گاهی اوقات نگاه به گذشته می تواند راهکار مفیدی، در پیشبرد گفتگوی تغییر باشد. بدین ترتیب مصاحبه شونده می تواند زمانی که این مشکل را نداشته به یاد آورده و وضعیت خود را در دو زمان مقایسه نماید (شکل ۳-۳).

نگاه به آینده. کمک کردن به مصاحبه شونده برای تصویر سازی آینده یکی دیگر از روش های پیشبرد گفتگوی تغییر است (شکل ۳-۳).

کشف ارزش ها و اهداف. رویکرد دیگر در گفتگوی تغییر، سوال از مصاحبه شونده در خصوص موضوع یا موضوعاتی است که بیشترین اهمیت را برای او دارد. اولویت های ذهنی مصاحبه شونده با مصاحبه گر/ تسهیل گر، ممکن است کاملاً متفاوت باشد. مصاحبه گر/ تسهیل گر باید در جستجوی ارزش ها و اهداف مراجع خود باشد چرا که در این صورت وی می تواند راهکارهایی را برای تغییر رفتارهای مورد نظر بیابد که با اهداف و ارزش ها ی مذکور مغایرت نداشته باشد. زمانی که مصاحبه شونده اهداف و ارزش های خویش را توضیح داد، مصاحبه گر/ تسهیل گر می تواند سوال کند که موضوع مورد بحث چه ارتباطی با این اهداف و ارزش ها دارد. نکته ی مهم در اینجا، کشف و بسط تناقضات موجود بین رفتارهای مصاحبه شونده با اهداف و ارزش های اوست.

۳-۲-۵. گام ششم: استخراج بیانات حاکی از خودانگیزختگی

در جریان مصاحبه ی انگیزشی باید از هر فرصتی برای استخراج بیانات مثبت در زمینه ی تغییر رفتار استفاده نمود. پرسش در مورد بهترین وضعیت و پیامدهای تغییر، موجب می شود که مصاحبه شونده به بیان فواید تغییر بپردازد. مصاحبه گر/ تسهیل گر می تواند با تفسیر و جمع بندی این اظهارات شرایطی را فراهم بیاورد تا وی اظهارات خود را بارها به طرق مختلف بشنود. بدین صورت انگیزه ی تغییر در وی تقویت شده و روند گفتگو پیرامون تغییر پیش می رود.

استراتژی و راهکارهای تغییر، در مرحله ی سوم (آمادگی برای تغییر)

هدف مصاحبه ی انگیزشی در این مرحله، تقویت تعهد تغییر، از طریق فراخوانی اهداف و راهبرد های مورد نظر مصاحبه شونده و مهمترین راهبرد پیشنهادی تسهیل تصمیم گیری است که با استفاده از راهکارهای تنظیم اهداف، تعیین موضوعات تغییر، توافق بر یک برنامه و افزایش تعهد صورت می پذیرد.

• مرحله ی انتقالی

در واقع مرحله ی آمادگی تغییر، شروع مرحله ی دوم از مصاحبه ی انگیزشی است؛ یعنی تقویت تعهد و پای بندی فرد مصاحبه شونده به تغییری که وی آمادگی انجام آن را دارد. بهترین راه گذر از این مرحله ی انتقالی این است که مصاحبه گر/

تسهیل گر یک بار دیگر موقعیت مصاحبه شونده را بر اساس گفتگوهایی که قبلاً داشته اند، جمع بندی نماید. این جمع بندی می تواند شامل موارد زیر باشد:

۱. برداشت مصاحبه شونده از مشکل، بر اساس محتوای گفتگوی صورت گرفته
۲. تردیدهای مصاحبه شونده برای تغییر رفتار و اعتقاد وی در مورد آنها
۳. مروری بر دلایل و اهمیت تغییر
۴. تشریح دوباره ی دلایلی که نشان دهد، مصاحبه شونده می خواهد و قادر است که تغییرات را انجام دهد.
۵. ارزیابی مصاحبه گر/ تسهیل گر از وضعیت مصاحبه شونده، به ویژه آن بخشی که دربرگیرنده ی نگرانی های وی است.



"چقدر در مورد مشکلاتی که سزارین، می تواند برای ایجاد کند اطلاعات داری؟"، "فکر می کنی بیشترین سودی که زایمان طبیعی، برایت دارد چیست؟"

نگاه به گذشته:

"زایمان قبلی را به یاد بیاور، در آن زمان چه نوع زایمانی را انجام دادی؟ چه چیزی باعث شد آن را انتخاب کنی؟"

نگاه به آینده:

"من می توانم درک کنم چرا شما برای انجام زایمان طبیعی مردد هستید. اجازه بده تصور کنیم که شما تصمیم گرفتید این کار را انجام بدهید؛ دوست دارید چه تغییراتی در آینده برای شما به دنبال داشته باشد؟"

"حالا فرض کنیم که شما سزارین انجام دهید؛ فکر می کنید چند سال آینده چه وضعیتی خواهید داشت؟"

کشف ارزش ها و اهداف:

چقدر حفظ زیبایی اندام برایت مهم است؟ خوب به غیر از سزارین، به نظر شما چه چیزهای دیگری می تواند به موفقیت شما کمک کند؟ فکر می کنی کسانی که زایمان طبیعی انجام می دهند تناسب اندام نخواهند داشت؟

شکل ۳-۳. راهکارهای تغییر، در مرحله ی تردید و عدم اطمینان

هدف از جمع بندی فوق، همراهی مصاحبه شونده و مصاحبه گر/ تسهیل گر برای استخراج هر چه بیشتر دلایل موجه برای تغییر با توجه به تعارضات و نگرانی های مصاحبه شونده است.

• برنامه ریزی برای تغییر

در ضمن گفتگو و جمع بندی فوق، برنامه ی تغییر تجلی می یابد. تدوین برنامه ی مذکور شامل فرآیند تصمیم گیری مشارکتی و گفتگو است.

تنظیم اهداف. انگیزه ی تغییر، حاصل اختلاف درک شده بین وضعیت مطلوب با شرایط فعلی است. مهمترین سوالات در این زمینه عبارتند از:

"برای انجام زایمان طبیعی، علاقه مندی در چه چیزهایی تغییر ایجاد کنی؟"

"بیا مراحل مختلف برنامه را با هم ببینیم فکر می کنی از کجا باید شروع کنیم؟"

برای تنظیم اهداف باید به دو نکته ی مهم توجه کرد. اول این که مصاحبه گر/ تسهیل گر، نباید اهداف مورد نظر خودش را به مصاحبه شونده تعمیم دهد. در حقیقت برای بسیاری از مصاحبه شوندگان، اهداف مصاحبه گر/ تسهیل گر خیلی معنادار نیست. دومین نکته، لزوم واقع بینی در تعیین اهداف است. وجود اختلاف زیاد بین وضعیت فعلی مصاحبه شونده با اهداف تعیین شده می تواند بیش از ایجاد انگیزه، ناامیدی به همراه بیاورد.

تعیین موضوعات تغییر. پس از تعیین اهداف واقع بینانه، گام بعدی، در نظر داشتن راه های دستیابی به آن اهداف است. درگیری و مشارکت مستقیم مصاحبه شونده، در یک فرآیند بارش افکار و ارزشیابی راهبرد های ممکن تغییر با استفاده از ایده های وی بسیار مهم است. باید در نظر داشت که راه های مختلفی برای دستیابی به اهداف وجود دارد و نکته ی مهم در مصاحبه ی انگیزشی، فراخوانی نیروهای درونی و حمایت اجتماعی طبیعی مصاحبه شونده، در تعیین این راه است. به اعتقاد میلر و رولنیک، بهتر است پس از تعیین اهداف، لیستی از راهبرد های دستیابی به آنها در اختیار مصاحبه شونده قرار گیرد تا وی بتواند راهبرد مناسب خود را برگزیند.

توافق بر یک برنامه. مصاحبه ی انگیزشی، مستقیماً به سوی توافق بر یک برنامه برای تغییر پیش می رود. برنامه ی مذکور تا جایی که ممکن است باید بر مبنای نظرات مصاحبه شونده طرح ریزی شود. پرسش های کلیدی زیر می تواند برای پیشبرد این بخش مفید باشند:

"دقیقاً چه چیزی را می خواهی تغییر بدهی؟"، "اولین گام این تغییرات چیست؟"، "چه روشی را برای این تغییر در نظر داری؟"

برای برخی از مصاحبه شوندگان پر کردن فرم برنامه ی تغییر می تواند مفید باشد. شکل زیر نمونه ای از فرم های مذکور که می تواند در پیشگیری از سزارین مورد استفاده قرار گیرد را نشان می دهد.

مهم ترین دلایلی که باعث شده من تصمیم بگیرم زایمان طبیعی انجام دهم عبارتند از:	
اهداف اصلی من برای زایمان طبیعی عبارتند از:	
برنامه ی عملی من برای انجام زایمان طبیعی شامل تغییر رفتارهای زیر است:	
رفتار مورد نظر	زمان شروع
سایر افراد می توانند به شکل زیر من را حمایت کنند:	
فرد مورد نظر	راه های ممکن حمایت
مواعنی که احتمالاً با آنها روبرو می شوم و راه حل گذر از آنها:	
مواع احتمالی	راه حل های مورد نظر
نتایجی که در صورت درست عمل کردن برنامه به دست می آورم:	

فراخوانی تعهد. اگر همه چیز به خوبی پیش برود؛ جریان مصاحبه با تعهد مصاحبه شونده به اجرای برنامه ی توافقی ختم می شود. ساده ترین راه آگاهی از تعهد مصاحبه گر/ تسهیل گر، سوال از وی در این خصوص است. به عنوان مثال مصاحبه گر/ تسهیل گر می تواند سوال کند: این برنامه دقیقاً آن چیزی است که دوست داری اجرا کنی؟ بدیهی است مطلوب ترین پاسخ از سوی مصاحبه شونده "بله" است. اما در صورتی که مصاحبه شونده مطمئن نبوده و پاسخ هایی همچون "فکر می کنم" و یا "در موردش فکر می کنم" داد، هنوز کارهایی برای مصاحبه شونده وجود دارد. استفاده از فنون رفع تردید (که پیش از این توضیح داده شد) می تواند مفید باشد. یکی از راه های ایجاد تعهد برای فرد، در میان گذاشتن تصمیم اتخاذ شده با دیگران است. به ویژه کسانی که می توانند فرد را در اجرای تصمیم خود کمک نمایند. در مطالعه ی حاضر مصاحبه گر/ تسهیل گر می تواند پس از تدوین برنامه ی توافقی زایمان طبیعی از مادر باردار بخواهد که آن را با خانواده و دوستان خود در میان گذاشته و مشورت نماید. لازم به ذکر است هر چه برنامه ی تنظیم شده شفاف تر باشد احتمال تعهد فرد را افزایش می دهد. مصاحبه گر/ تسهیل گر می تواند بگوید:

" اگر فکر می کنی که هنوز برای اجرای برنامه آمادگی نداری لازم نیست خودت را به چیزی متعهد

بدانی. این مسئله خیلی مهم است؛ برو خانه و در موردش فکر کن و با خانواده ات صحبت کن،

جلسه ی بعدی در موردش صحبت می کنیم."

۳-۲-۶. گام هفتم: اداره کردن مقاومت

مقاومت عبارت است از بروز رفتار قابل مشاهده از مصاحبه شونده در جریان مصاحبه، که نشانگر تعارض در جریان مصاحبه است. به عبارت دیگر رفتاری که نشانه ی عدم همراهی مصاحبه شونده با مصاحبه گر/ تسهیل گر بوده و نشانه ی عدم توافق آن دو است. در چنین شرایطی، وظیفه ی مهم مصاحبه گر/ تسهیل گر برگشت به عقب، تلاش برای آگاهی از دلایل مخالفت مصاحبه گر/ تسهیل گر و حل آن است. در مطالعه ی حاضر، ممکن است مصاحبه شونده با انجام تمرینات ورزشی موافق نباشد بنابراین در برابر توصیه ی مصاحبه گر/ تسهیل گر، مقاومت نماید اما در عین حال انگیزه ی کافی برای زایمان طبیعی داشته باشد. مصاحبه گر/ تسهیل گر باید به بررسی دلایل مقاومت وی در برابر انجام ورزش، پرداخته و به وی در حل تعارضات ذهنی اش کمک نماید و سپس جریان مصاحبه را پیش ببرد. در جریان مصاحبه ی انگیزشی، مقاومت مصاحبه شونده، امری طبیعی بوده و نباید موجب نگرانی شود. مقاومت و گفتگوی تغییر همچون علایم رانندگی هستند که به شما می گویند، به همین طریق به کارتان ادامه دهید، محتاط باشید، سرعتتان را کم کنید و یا متوقف شوید.

۳-۲-۷. گام هشتم: جابه جایی موضوع هدف

کمک به افراد برای رفع موانع ذهنی، خود یکی از راه های کنترل مقاومت است. در جریان مصاحبه ممکن است پاسخ مادر باردار در برابر این پرسش مصاحبه گر/ تسهیل گر که چرا تمایلی به زایمان طبیعی ندارد؛ درد زیاد باشد. مصاحبه گر/ تسهیل گر می تواند بعضی موانع را به وی منعکس کند مانند این که درد امری طبیعی است و این اتفاق برای همه رخ می دهد و اگر وی واقعاً بخواهد زایمان طبیعی انجام دهد نباید روی این موضوع متمرکز شود. کشف جنبه هایی از تغییر رفتار، که موجب اضطراب مصاحبه شونده می گردد نکته ی بسیار مهمی است. مصاحبه گر/ تسهیل گر پس از شنیدن این گونه اظهارات از مصاحبه شونده به دلیل اظهار نمودن آن قدردانی نموده و سپس سوال می کند که آیا وی تمایل دارد که این موضوع در دستور کار قرار بگیرد؟

از مطالب فوق در خصوص مصاحبه ی انگیزشی، این گونه برداشت می شود که نکته کلیدی برای تغییر رفتار، آمادگی در مراجع است و فرد آن را به صورت انگیزه برای تغییر نشان می دهد؛ بنابراین انگیزه نشان دهنده ی میزان آمادگی و اشتیاق فرد برای تغییر است. برای دستیابی به این اهداف، آموزشگر باید مهارت های لازم را کسب کند، با اصول مصاحبه ی انگیزشی آشنا باشد (اصولی مانند طبیعی بودن تردید در تغییر و حرکت آن به شکل غیر خطی) و در پی یافتن راه کارهایی جهت

ارتقای انگیزه در مراجع باشد. آموزشگر ابتدا باید انگیزه ی درونی فرد را ارتقا دهد و در مرحله ی بعد تعهد فرد برای تغییر را تقویت کند. بدین منظور آموزشگر باید به همراه مراجع مراحل این روش را پشت سر گذارد؛ تا بر اساس آن تردیدهای مادر برای تغییر را رفع و سطح آمادگی وی را ارزیابی کند. آمادگی مادر نیازمند داشتن میزان حداقلی از "اهمیت داشتن" و "اطمینان از توانایی انجام دادن" است. سپس اهداف مشخص شده و بر نیازهای فرد تمرکز می شود و برای افراد در مراحل مختلف آمادگی و اطمینان از راه کارهای مناسب استفاده خواهد شد.

پیوست سوم

برنامه ی کارگاه آموزشی

"آموزش برای تسهیل زایمان طبیعی: هم اندیشی و مروری بر شواهد"

روز اول: دو شنبه ۱۳۹۶/۱۰/۱۱

۸:۰۰-۸:۱۰	تلاوت آیاتی از قرآن مجید	
۸:۱۰-۸:۲۰	مقدمه و خیر مقدم	اداره سلامت مادران
۸:۲۰-۸:۴۰	معرفی اعضا و طرح	دکتر پریسا امیری - دکتر محمود طاووسی
۸:۴۰-۱۰:۰۰	وضعیت سزارین انتخابی در ایران و عوامل موثر بر آن	دکتر پریسا امیری
۱۰:۰۰-۱۰:۱۵	پذیرایی	
۱۰:۱۵-۱۱:۰۰	الگوی مفهومی تصمیم گیری در خصوص انتخاب نوع زایمان	
۱۱:۰۰-۱۲:۰۰	بحث و تبادل نظر	
۱۲:۰۰-۱۳:۰۰	نماز و ناهار	
۱۳:۰۰-۱۴:۰۰	ترس از زایمان طبیعی	مریم شفیع خانی
۱۴:۰۰-۱۵:۰۰	بحث و تبادل نظر، پذیرایی	
۱۵:۰۰-۱۶:۰۰	راهبردهای مقابله با ترس	مریم شفیع خانی
۱۶:۰۰-۱۷:۰۰	بحث و تبادل نظر	

روز دوم: سه شنبه ۱۳۹۶/۱۰/۱۲

۸:۰۰-۸:۱۰	تلاوت آیاتی از قرآن مجید	
۸:۱۰-۹:۰۰	مروری بر مطالب روز گذشته	دکتر پریسا امیری - دکتر محمود طاووسی
۹:۰۰-۱۰:۰۰	مفهوم خودکارآمدی و نقش آن در مداخلات ارتقای سلامت	دکتر محمود طاووسی
۱۰:۰۰-۱۰:۳۰	بحث و تبادل نظر - پذیرایی	
۱۰:۳۰-۱۱:۰۰	آموزش بزرگسال	نجمه حمزوی زرقانی
۱۱:۰۰-۱۲:۰۰	آمادگی برای تغییر (مصاحبه انگیزشی)	دکتر پریسا امیری
۱۲:۰۰-۱۳:۰۰	نماز و ناهار	
۱۳:۰۰-۱۴:۰۰	اصول و روش های بحث گروهی	سمیه شالچی
۱۴:۰۰-۱۵:۳۰	کار عملی و پذیرایی	
۱۵:۳۰-۱۶:۰۰	جمع بندی	دکتر پریسا امیری

دبیر برنامه: دکتر پریسا امیری

1. Hamzavi Zarghani N, Nazari M, Shayeghian Z, Shahmohammadi S. *Social support in the pregnant and non-pregnant women and its associated dimensions*. JNMS. 2016; **3**(2): 11-18.
2. Taheri Z, Mazaheri M. A, Khorsandi M Hassanzadeh A Amiri M. *Effect of educational intervention on self-efficacy for choosing delivery method among pregnant women in 2013*. Int J Prev Med. 2014; **5**(10): 1247-1254.
3. Siavashi E, Shojaei P, and M.R. Zakeri, *Determinants of Cesarean Section: A Meta-Synthesis Approach*. Journal Of Zanjan University Of Medical Sciences And Health Services. 2016; **24**(106): 30-41.
4. Maharlouei N, Moalaei M, Ajdari S, Zarei M, Lankarani K B. *Caesarean delivery in south-western Iran: trends and determinants in a community-based survey*. Med Princ Pract. 2013; **22**(2): 184-188.
5. Hantoushzadeh, S, Rajabzadeh A, Saadati A, Mahdanian, A, Ashrafinia N, Khazardoost S, Borna S, Maleki M, Shariat M. *Caesarean or normal vaginal delivery: overview of physicians' self-preference and suggestion to patients*. Arch Gynecol Obstet. 2009; **280** (1): 33-37.
6. Yazdizadeh B, Nedjat S, Mohammad K, Rashidian A, Changizi Nasrin, Majdzadeh R. *Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study*. BMC health services research, 2011; **11**(159): 1-14.
7. Lotfi R, Ramezani Tehrani F, Dovom Rostami M, Torkestani Farahnaz, Abedini Mehrandokht, Sajedinejad Sima. *Development of strategies to reduce cesarean delivery rates in Iran 2012–2014: A mixed methods study*. Int J Prev Med. 2014; **5**(12): 1552.
8. Jain S, Suneja A, Malik R, Agarwal R, Guleria K, Vaid N. *Cesarean scar pregnancy: a diagnostic dilemma and impending catastrophe*. Arch Gynecol Obstet. 2014; **289**(1): 221-222.
9. Walker D.S, J.M Visger, Rossie D, *Contemporary childbirth education models*. JMWH. 2009; **54**(6): 469-476.
10. Shahshahan Z, Heshmati B, Akbari M, Sabet F. *Caesarean section in Iran*. The Lancet. 2016; **388**(10039): 29-30.
11. Sanavi F.S, Navidian A, Rakhshani, F, Ansari-Moghaddam A. *The effect of education on base the Theory of Planned Behavior toward normal delivery in pregnant women with intention elective cesarean*. Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2014; **17**(6): 531-539.
12. Khorsandi, M, Ghofranipour F, Heydarnia A, FaghihZadeh S, Vafaei M, Rousta F, Amin Shokravi F. *The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women*. AMUJ. 2008; **11**(44): 29-36.
13. Kashanian M, Javadi F, Haghighi M M. *Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery*. Int J Gynaecol Obstet. 2010; **109**(3): 198-200.
14. Ghasemi S, Nazari M, Vafaei H, Fararouei M. *The Impact of Educational Intervention Based on the Theory of Planned Behavior in Choosing Delivery Mode in Primigravida Pregnant Women*. International Journal of Womens Health and Reproduction Sciences, 2017; **5**(1): 47-54.

15. گرانمایه م، رضایی پور ا، حقانی ح، آخوندزاده ا. تاثیر آموزش بر میزان به کارگیری روش های غیردارویی کاهش درد زایمان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، ۱۳۸۵؛ ۱۲(۲): ۲۱-۱۳.
16. احمدی ز. بررسی تاثیر حمایت مداوم ماما در طی لیبر و زایمان بر شدت درد زایمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۳۸۹؛ ۹(۴): ۲۹۳-۳۰۴.
17. علی محمدزاده خ، افرادی اسبقرانی پریوش. تعیین کننده های موثر بر تمایل به سزارین (مطالعه موردی: زنان باردار شهر تهران). زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، ۱۳۹۴؛ ۱۳(۳): ۳۵۷-۳۷۶.
18. Authier, Jerry, The psychoeducation model: definition, contemporary roots and content. Canadian cansellor. 1977. 15-22.
19. Srivastava P, Panday R. *Psychoeducation an Effective Tool as Treatment Modality in Mental Health*. IJIP. 2016; **4**(1(82): 123-130.
20. Dadipoor S, Madani A, Alavi A, Roozbeh N, Safari Moradabadi A. *A survey of the growing trend of caesarian section in Iran and the world: a review article*. IJOGI. 2016; **19** (27): 8-17.
21. Ghaffari M, Afshari A. *Application of health belief model for predicting delivery method among pregnant women of Semirom: a cross-sectional research*. World Appl Sci J. 2013; **22**: 494-499.
22. Ghanbari Z, Shokouhmand R, Asadi H Kh, Naghizadeh S, Chupani F. *Assessing the relative contribution of causes leading to cesarean section among women who had referred to Shahid Madani Clinic in Marand city*. international journal of women's health and reproduction sciences 2014; **2**(1): 140-143.
23. Samadi S, Gholizadeh N, Shoar N, Shoar S. *Attitudes of Obstetricians toward cesarean delivery in challenging cases*. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India, 2013; **63**(5): 301-305.
24. Ahmad Nia S, Delavar B, Eini Z H, Kazemipour S, Mehryar AH, Naghavi M. *Caesarean section in the Islamic Republic of Iran: prevalence and some sociodemographic correlates*. East Mediterr Health J. 2009; **15**(6): 1389-1398.
25. Mohammaditabar S, Rahnama P, Mohammadi K. *Cesarean section on maternal request in Tehran 2010-2011: incidence and predisposing factors*. JMUMS. 2014; **24**(114): 74-82.
26. Latifnejad Roudsari R, Zakerihamidi M, Merghati Khoei, E, Kazemnejad A. *Comparing the Cultural Beliefs related to Mode of Delivery among Pregnant Women and Women with Childbirth Experiences as vaginal delivery or cesarean section (Tonekabon, 2014)*. JMUMS. 2015; **24**(120): 54-68.
27. Ghadimi R, Izadpanah F, Zarghami A, Rajabi M, Baleghi M, Basirat Z. *Effective factors for choosing the delivery method in primiparous women in babol*. Iran. J Babol Univ Med Sci, 2013; **15**(6): 52-8.
28. Moradi-Lakeh M, M Ramezani, Naghavi M. *Equality in safe delivery and its determinants in Iran*. Arch Iran Med, 2007; **10**(4): 446-51.
29. Matinnia N, Faisal I, Juni M H, Herjar A R, Moeini Babak, Osman Z J. *Fears related to pregnancy and childbirth among primigravidae who requested caesarean versus vaginal delivery in Iran*. Maternal and child health journal, 2015; **19**(5): 1121-1130.
30. Rahnama P, Ziaei S, Faghihzadeh S. *Impact of early admission in labor on method of delivery*. Int J Gynaecol Obstet. 2006; **92**(3): 217-220.

31. Shams-Ghahfarokhi Z, Khalajabadi-Farahani F. *Intention for Cesarean Section Versus Vaginal Delivery Among Pregnant Women in Isfahan: Correlates and Determinants*. J Reprod Infertil, 2016;. **17**(4): 230-239.
32. Yousefi, S, Mirzaee, S M S, Khosravi A, Khazaei, H A. *Investigation of The Socio-cultural Factors Affecting the Women's Tendency Toward Cesarean Section in the Hospitals of Ilam, Iran*. BPJ. 2013; **6**(2): 215-220.
33. 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): 545.
34. Sanavi, F.S, Rakhshani F, Ansari-Moghaddam A, Edalatian M. *Reasons for elective cesarean section amongst pregnant women; a qualitative study*. JRI. 2012; **13**(4): 237.
35. Rahnema P, Mohammadi K, Montazeri A. *Salient beliefs towards vaginal delivery in pregnant women: A qualitative study from Iran*. Reproductive health. 2016; **13**(1): 7.
36. Darsareh F, Aghamolaei T, Rajaei M, Madani A, Zare S. *The differences between pregnant women who request elective caesarean and those who plan for vaginal birth based on Health Belief Model*. Women and Birth, 2016; **29**(6): e126-e132.
37. Maharlouei N, Rezaianzadeh A, Hesami E, Moradi F, Mazloomi E, Joulaei H, Khodayari M, Lankarani, K B. *The preference of Iranian women to have normal vaginal or cesarean deliveries*. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences. 201;. **18**(11): 943.
38. Gholami, A, Salarilak SH. *Why do some pregnant women prefer cesarean delivery in first pregnancy?* Iranian journal of reproductive medicine. 2013; **4**(11): 301.
39. Ghotbi F, Akbari Sene A, Azargashb E, Shiva F, Mohtadi M, Zadehmodares Sh, Farzaneh F. *Women's knowledge and attitude towards mode of delivery and frequency of cesarean section on mother's request in six public and private hospitals in Tehran, Iran, 2012*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 2014. **40**(5): 1257-1266.
40. Rajabi A, Maharlouei N, Rezaianzadeh A, Rajaeefard A, Keshavarzi S, Lankarani K B, Gholami A. *Non-medical factors affecting antenatal preferences for delivery route and actual delivery mode of women in southwestern Iran*. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2016; **29**(22): 3622-28.
41. Kaboré C, Ridde Valéry, Kouanda S, Agier I, Queuille L, Dumont A. *Determinants of non-medically indicated cesarean deliveries in Burkina Faso*. Int J Gynecol Obstet. 2016; **135**(S1).
42. Ahmed I, Chishti U, Akhtar M, Ismail H. *Factors affecting mode of delivery in a nullipara at term with singleton pregnancy and vertex presentation (NTSV)*. Pak J Med Sci. 2016; **32**(2): p. 314.
43. Knobel R, Takemoto M LS, Andreucci C B, Docusse P, McKinley D W, Amaral E. *Factors Associated with Preference for Vaginal Birth among Undergraduate Students from Southern Brazil*. Birth. 2016; **43**(3): 263-267.
44. Zhou Y B, Li H T, Rongwei W Ye, Li, Z W, Zhang, Y L, Zhang Le, Ren, A G, Liu J M. *Gestational weight gain, cesarean delivery, and cesarean delivery on maternal request: a cohort analysis of Chinese nulliparous women*. Annals of epidemiology, 2017; **27**(2): 96-102. e3.
45. Shi Y, Jiang Y, Zeng Q, Yuan Y, Yin H, Chang C, Pang R. *Influencing factors associated with the mode of birth among childbearing women in Hunan Province: a cross-sectional study in China*. BMC pregnancy and childbirth. 2016; **16**(1): 108.

46. Ryding, E L, Lukasse M, Kristjansdottir H, Steingrimsdottir T, Schei B, Bidens study group. *Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth—a six-country cohort study*. J Psychosom Obst Gyn. 2016; **37**(3): 75-83.
47. Metz T D, Allshouse, A A, Gilbert, S A B, Doyle R, Tong A, Carey, J Ch. *Variation in primary cesarean delivery rates by individual physician within a single-hospital laborist model*. Am J Obstet Gynecol. 2016; **214**(4): 531. e1-531. e6.
48. Thornton P, McFarlin B L, Park C, Rankin K, Schorn M, Finnegan L, Stapleton S. *Cesarean Outcomes in US Birth Centers and Collaborating Hospitals: A Cohort Comparison*. J Midwifery Wom Heal. 2017; **62**(1): 40-48.
49. Chu KH, Chen A C, Tai C J, Chen S F, Chien L Y. *Development and Validation of the Self-Efficacy Regarding Vaginal Birth Scale*. JOGNN. 2017; **46**(1): e13-e21.
50. Kim S J, Han K T, Kim S J, Park E C, Park H K. *Impact of a diagnosis-related group payment system on cesarean section in Korea*. Health Policy. 2016. **120**(6): 596-603.
51. Johnson C T, Choubey V, Satin A J, Werner E F. *Malpractice and obstetric practice: the correlation of malpractice premiums to rates of vaginal and cesarean delivery*. Am J Obstet Gynecol. 2016; **214**(4): 545-546.
52. Larsson B, Karlström A, Rubertsson C, Hildingsson I. *Counseling for childbirth fear—a national survey*. Sexual & Reproductive Healthcare, 2016; **8**: 82-87.
53. Can O, Catak B, SÜTLÜ S, Kilinc S. *Effect of Social Factors on Cesarean Birth in Primiparous Women: A Cross Sectional Study (Social Factors and Cesarean Birth)*. Iran J Public Health. 2016; **45**(6): 768.
54. Boz İ, Teskereci G, Akman G. *How did you choose a mode of birth? Experiences of nulliparous women from Turkey*. Women and Birth. 2016; **29**(4): 359-367.
55. Simpson K R, Lyndon A. *Labor Nurses' Views of Their Influence on Cesarean Birth*. MCN Am J Matern Child Nurs. 2017; **42**(2): 81-87.
56. Wang E. *Requests for cesarean deliveries: The politics of labor pain and pain relief in Shanghai, China*. SOC SCI MED. 2017; **173**: 1-8.
57. Hellerstein S, Feldman S, Duan T. *Survey of Obstetric Care and Cesarean Delivery Rates in Shanghai, China*. Birth. 2016; **43**(3): 193-199.
58. Farahani S H M, Malekzadegan A, Mohammadi R, Hosseini F. *Effect of the one to one midwifery care during labor on modes of delivery*. IJN. 2005. **18**(43): 71-82.
59. Sanavi FS, Ansari-Moghaddam A, Shovey MF, Rakhshani F. *Effective education to decrease elective caesarean section*. JPMA. 2014; **64**(5): 500-5.
60. Shariat M, Ehdaeevand F, Ataie M, Karami Z, Jahromi LH, Farahani Z. *Effectiveness of community based intervention on improvement of pregnancy and delivery process in district 4 of Tehran*. TUMJ. 2015; **73**(7): 527-34.
61. Keshavarz Z, Ghazanfarian A, Simbar M, Shakeri N. *Effect of educational intervention based on theory of planned behavior (TPB) in selecting mode of delivery*. IJOGI. 2016; **19**(27): 1-7.
62. Besharati F, Hazavehei SMM, Moeini B, Moghimbeigi A. *Effect of educational interventions based on theory of planned behavior (TPB) in selecting delivery mode among pregnant women referred to Rasht health centers*. ZUMSJ. 2011; **19**(77): 94-106.
63. Eslami S, Aslani A, Tara F, Ghalichi L, Erfanian F, Abu-Hanna A. *The impact of a computerized decision aid on empowering pregnant women for choosing vaginal versus cesarean section delivery: study protocol for a randomized controlled trial*. Trials. 2015; **16**(1): 549.

64. Chai Z Y, Hu H M, Ren X L, Zeng B J, Zheng L Z, Qi F. *Applying Lean Six Sigma methodology to reduce cesarean section rate*. J Eval Clin Pract. 2017; **23**(3): 562-566.
65. Blomberg M. *Avoiding the first cesarean section—results of structured organizational and cultural changes*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016; **95**(5): 580-586.
66. Cantone D, Pelullo C P, Cancellieri M, Attena F. *Can antenatal classes reduce the rate of cesarean section in southern Italy?* Women and Birth. 2017; **30**(2): e83-e88.
67. Afshar Y, Wang E T, Mei J, Esakoff T F, Pisarska M D, Gregory K D. *Childbirth Education Class and Birth Plans Are Associated with a Vaginal Delivery*. Birth. 2017; **44**(1): 29-34.
68. Hajizadeh S, Ramezani Tehrani F, Simbar M, Farzadfar F. *Effects of recruiting midwives into a family physician program on women's awareness and preference for mode of delivery and caesarean section rates in rural areas of Kurdistan*. PLoS One. 2016; **11**(4): e0151268.
69. Rooeintan, F., P.A. Borzabad, and A. Yazdanpanah, *The Impact of Healthcare Reform Plan on the Rate of Vaginal Delivery and Cesarean Section in Shiraz (Iran) in 2015*. Electronic physician. 2016; **8**(10): 3076.
70. Safari Faramani R, Haghdoost A A, Nakhaei N, Foroudnia S, Mahmoodabadi Z, Safizadeh M. *First birth cesarean proportion: A missed indicator in controlling policies*. Med J Islam Repub Iran. 2016; **30**: 394.
71. Hajian S, Shariati M, Mirzaei Najmabadi K, Yunesian M, Ajami M I. *Use of the extended parallel process model (EPPM) to predict Iranian women's intention for vaginal delivery*. J Transcult Nurs. 2015; **26**(3): 234-243.
72. McGrath, S K, Kennell J.H. *A Randomized Controlled Trial of Continuous Labor Support for Middle-Class Couples: Effect on Cesarean Delivery Rates*. Birth. 2008; **35**(2): 92-97.
73. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Øian P. *Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling?* Birth. 2006; **33**(3): 221-228.
74. Morhason-Bello I O, Adedokun B O, Ojengbede O A, Olayemi O, Oladokun A, Fabamwo A O. *Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: A randomised controlled trial*. Aust Nz J Obstet Gyn. 2009; **49**(2): 145-150.
75. Bruggemann, O M, Parpinelli, M A, Osis M J D, Cecatti J G, Neto A S C. *Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial*. Reproductive health. 2007; **4**(1): 5.
76. Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. *Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth*. JMWH. 2014; **59**(2): 192-197.
77. Khorsandi, M, Ghofranipour FA, Heydarnia AR, Faghihzadeh S, Vafaei M, Roustaf F, Amin SF. *The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women*. AMUJ. 2008; **11**(3 (44)): 29-36.
78. Nieminen K, Malmquist A, Wijma B, Ryding EL, Andersson G, Wijma K. *Nulliparous pregnant women's narratives of imminent childbirth before and after internet-based cognitive behavioural therapy for severe fear of childbirth: a qualitative study*. BJOG. 2015; **122**(9): 1259-65.

79. Peng FS, Lin HM, Lin HH, Tu FC, Hsiao CF, Hsiao SM. *Impact of clinical audits on cesarean section rate*. Taiwan J Obstet Gynecol. 2016; **55**(4): 530-533.
80. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. *Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth*. "Acta Obstet Gynecol Scand. 2006; **85**(11):1315-9.
81. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. *The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014*. PLoS One. 2016; **11**(2): e0148343.
82. Kok N, Ruiter L, Hof M, Ravelli A, Mol BW, Pajkrt E, Kazemier B. *Risk of maternal and neonatal complications in subsequent pregnancy after planned caesarean section in a first birth, compared with emergency caesarean section: a nationwide comparative cohort study*. BJOG. 2014; **121**(2): 216-223.
83. Yuan C, Gaskins AJ, Blaine AI, Zhang C, Gillman MW, Missmer SA, Field AE, Chavarro JE. *Association between Cesarean birth and risk of obesity in offspring in childhood, adolescence, and early adulthood*. JAMA pediatrics. 2016; **170**(11): e162385-e162385.
84. Naseh N, Khazaie T, Kianfar S, Dehghan R, Yoosefi S. *Prevalence of Cesarean and its complications in women referring to Vali-e-Asr hospital*. Modern Care Journal. 2010; **7**(1): 12-18.
85. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, Belizán JM. *Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies*. BJOG. 2011. **118**(4): p. 391-399.
86. Holmes T H, Rahe R.H. *The social readjustment rating scale*. J Psychosom Res. 1967; **11**: 213-218.
87. 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*. Linköping University Electronic Press. 2012; Dissertasion.
88. Hossein Khanzadeh AA, Rostampour AZ, Khosrojauid M, Nedae N. *Effectiveness of cognitive-behavioral education on anxiety during pregnancy and delivery method in primiparous women*. J Nurs Edu. 2017; **5**(6): 24-32.
89. Saisto T. *Obstetric, psychosocial, and pain-related background, and treatment of fear of childbirth*. Department of Obstetrics and Gynecology University of Helsinki. 2001; Dissertation.
90. Abbaspour Z, Moghaddam B L, Ahmadi F, Kazemnejad A. *Women's fear of childbirth and its impact on selection of birth method: a qualitative study*. Payesh. 2014; **13**(5): 576-587.
91. Saisto T. Halmesmäki E. *Fear of childbirth: a neglected dilemma*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003. **82**(3): 201-208.
92. Mohammadi T S, Kiani A A, Heydari M. *The survey on tendencies of primiparous women for selecting the mode of delivery*. JBUMS. 2009; **11**(3(50)): 54-59.
93. Zafarghandi N, Hadavand SH, Torkestani F, Zaeri F, Variji M. *Evaluation of Anxiety and Fear of Labor in Postpartom Period*. Journal Of Medical Council Of I.R.I. 2005; **23**(2): 155-160.
94. Taheri Z, Mazaheri MA, Khorsandi M, Hassanzadeh A, Amiri M. *Effect of educational intervention on self-efficacy for choosing delivery method among pregnant women in 2013*. Int J Prev Med. 2014; **5**(10): 1247.

95. اندرون ن، کردی م، کیمیایی س ع، اسماعیلی ح. ارتباط شدت ترس از زایمان با انتخاب نوع زایمان در زنان نخست‌زا. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران. ۲۰۱۷؛ ۲۰(۵): ۶۸-۷۵.
96. Berentson-Shaw J, Scott K M, Jose P E. *Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study.* J Reprod Infant Psychol. 2009; 27(4): 357-373.
97. Aali B, Motamedi B. *Women's knowledge and attitude towards modes of delivery in Kerman, Islamic Republic of Iran.* EMHJ. 2005; 11(4): 663-672.
98. TorkZahrani S. *Commentary: childbirth education in Iran.* JPE. 2008; 17(3): 51.
99. شمس قهفرخی ز، خلج آبادی فراهانی ف، سزایی ح، بررسی عوامل تعیین کننده تصمیم سزارین در برابر زایمان طبیعی در زنان باردار شهر اصفهان. ۱۳۹۳؛ ۹(۱۷): ۱۹۹-۲۲۴.
100. فرجی درخانه ر، ظهیری سروری ز، فرجاد باستانی ف. بررسی میزان آگاهی و نگرش خانم های باردار نسبت به روش های زایمانی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۱۳۸۲؛ ۱۲(۴۶): ۶۹-۷۵.
101. Hundley V, Duff E, Dewberry J, Luce A, Van Teijlingen E. *Fear in childbirth: are the media responsible?* MIDIRS Midwifery Digest. 2014; 24(4): 444-7.
102. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. *Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort.* BJOG. 2008; 115(3): 354-360.
103. Eriksson C, Westman G, Hamberg K. *Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: a population based study.* J Psychosom Obst GyNn. 2005; 26(1): 63-72.
104. Akhlaghi F, Mokhber N, Shakeri M T, Shamsa F. *Relation Between Depression, Anxiety, Self-Esteem, Marital Satisfaction, Demographical Factor And Maternal Complications With Fear Of Childbirth In Nulliparous Women.* The Quarterly Journal Of Fundamentals Of Mental Health. 2012; 14(2(54)): 122-131.
105. Klabbers GA, van Bakel HJ, van den Heuvel M, Vingerhoets AJ. *Severe fear of childbirth: Its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments.* Psihologijske teme. 2016; 25(1): 107-127.
106. Scollato A, Lampasona R. *Tokophobia: when fear of childbirth prevails.* Mediterr J Clin Psychol. 2013; 1(1).
107. Schroeder C S, Gordon B N. *Assessment and treatment of childhood problems: A clinician's guide.* 200; Guilford Press.
108. Wijma K, Wijma B. *A Woman Afraid to Deliver: How to Manage Childbirth Anxiety, in Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology.* Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology. 2017; 3-31.
109. Carquillat P, Vendittelli F, Perneger T, Guittier MJ. *Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE).* BMC Pregnancy ChildB. 2017; 17(1): 279.
110. Roosevelt, L. Low L.K. *Exploring fear of childbirth in the United States through a qualitative assessment of the Wijma delivery expectancy questionnaire.* J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2016; 45(1): 28-38.
111. 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.* GJHS. 2016; 9(2): 269.
112. Adams S, Eberhard-Gran M, Eskild A. *Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery.* BJOG. 2012; 119(10): 1238-46.

113. Nordeng H, Hansen C, Garthus-Niegel S, Eberhard-Gran M. *Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy*. Arch Womens Ment Hlth. 2012; **15**(3): 203-209.
114. Storksens HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel SU, Eskild A. *Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012; **91**(2): 237-242.
115. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. *Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity*. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2009; **30**(3): 168-174.
116. Kjærgaard H, Wijma K, Dykes AK, Alehagen S. *Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark*. J Reprod Infant Psychol. 2008; **26**(4): 340-350.
117. Nieminen K, Stephansson O, Ryding E L. *Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009; **88**(7): 807-813.
118. Zar M, Wijma K, Wijma B. *Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women*. Scand J Behav Ther. 2001; **30**(2): 75-84.
119. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T. *Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women—randomised trial*. BJOG. 2013; **120**(1):75-84.
120. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creed DK. *Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women*. BMC Pregnancy ChildB. 2014; **14**(1): 275.
121. Kempe A, Theorell T, Alwazer FN, Taher SA, Christensson K. *Exploring women's fear of childbirth in a high maternal mortality setting on the Arabian Peninsula*. Global Mental Health. 2015; **2**.
122. Körükcü Ö, Fırat MZ, Kukulü K. *Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women*. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2010; **5**: 467-470.
123. Karabulutlu O, Calik K Y, Akar N. *Fear of childbirth and related obstetric variables*. Nursing Practice Today. 2016; **3**(4): 161-170.
124. Gao LL, Liu XJ, Fu BL, Xie W. *Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey*. Midwifery. 2015; **31**(9): 865-870.
125. Jha P, Larsson M, Christensson K, Svanberg AS. *Fear of childbirth and depressive symptoms among postnatal women: A cross-sectional survey from Chhattisgarh, India*. Women and Birth. 2018;**31**(2): e122-33.
126. Domingues RM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira AP, Schilithz AO, Leal MD. *Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth*. Cadernos de saude publica. 2014; **30**: S101-S116.
127. Soltani F, Eskandari Z, Khodakarami B, Parsa P, Roshanaei G. *Factors contributing to fear of childbirth among pregnant women in Hamadan (Iran) in 2016*. Electronic physician, 2017; **9**(7): 4725.
128. ظفرمندی ن، هداوند ش، ترکستانی ف، زائری ف، وریجی م. بررسی شیوع اضطراب و ترس از زایمان در دوران پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب. ۱۳۸۴؛ ۲۳(۲): ۱۵۵-۱۶۰.
129. Khorsandi, M, Vakilian K. M. Nasir zadeh M. *Investigating Different Factors of Fear in Normal Delivery among Pregnant Women, in Arak-A Cross Sectional Study*. JFUMS. 2014; **4**(2): 161-167.

130. Najafi F, Abouzari-Gazafroodi K, Jafarzadeh-Kenarsari F, Rahn timer P, Gholami Chaboki B. *Relationship between attendance at childbirth preparation classes and fear of childbirth and type of delivery*. Journal of hayat. 2016; **21**(4): 30-40.
131. Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, Scuffham PA, Ryding EL, Jarrett V, Toohill J. *Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention*. BMC Pregnancy ChildB. 2013; **13**(1): 190.
132. Sjögren B. *Fear of childbirth and psychosomatic support-A follow up of 72 women*. Acta Obstet Gynecol Scand. 1998; **77**(8): 819-825.
133. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Ryding EL, Saisto T. *Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience—a randomised controlled trial*. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2015; **36**(1): 1-9.
134. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. *Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006; **85**(11): 1315-1319.
135. حسن دوست فرخانی م، عرب م، سالاری ا، یونسی هروی م. تاثیر تمرینات تنفسی بر انجام زایمان طبیعی در زنان نخست زا یک مطالعه مروری. خلاصه مقالات اولین همایش ملی تحقیقات کاربردی در سلامت همگانی و توسعه پایدار. ۲۰۱۳؛ ۱(۱):
136. Khorsandi M, Ghofranipour F, Faghihzadeh S, Hidarnia A, Akbarzadeh Bagheban A, Aguilar-Vafaie ME. *Iranian version of childbirth self-efficacy inventory*. J Clin Nurs. 2008; **17**(21): 2846-2855.
137. Schwartz L, Toohill J, Creedy DK, Baird K, Gamble J, Fenwick J. *Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women*. BMC Pregnancy ChildB 2015; **15**(1): 29.
138. Salomonsson B, Gullberg MT, Alehagen S, Wijma K. *Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women*. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2013; **34**(3):116-121.
139. Lowe N K. *Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory*. Research in nursing & health, 1993; **16**(2): 141-149.
140. Salomonsson B, Berterö C, Alehagen S. *Self-Efficacy in Pregnant Women with Severe Fear of Childbirth*. "J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2013; **42**(2): 191-202.
141. ابراهیم زاده عیسی، آموزش بزرگسالان، تهران، دانشگاه پیام نور. ۱۳۸۵.
142. Vandenberg Lela. "Facilitating adult learning." *How to teach so people learn*. Retrieved from od. msue. msu. edu (2005).
143. ثریا، س م. روش بحث و مذاکره بر اساس مطالعه تأثیر و تأثر متقابل در گروه. تهران: انتشارات رشد. ۱۳۸۴.
144. Rosengren David B. *Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook*. Guilford Press, 2009.