

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۰۱۲



بررسی خود کارآمدی درک شده زایمان در زنان باردار

چکیده

زمینه: خود کارآمدی شامل ارزیابی فرد از توانایی خودش برای مقابله با موقعیتهای پرسترس و اجرای رفتارهای ضروری خصوصاً در مقابله با درد زایمان می باشد. درک خودکارآمدی قبل از یک رویداد پیش بینی می کند آیا افراد در مقابله با موقعیت تلاش خواهند کرد و چه مدت تلاش تداوم می یابد. تحقیقات نشان می دهد زنانی که خود کارآمدی پایین دارند انجام زایمان طبیعی را امری دست نا یافتنی دانسته و ترس بالایی را در طی بارداری تجربه می کنند. با توجه به اهمیت خودکارآمدی در انتخاب روش زایمان طبیعی و غلبه بر ترس زایمان تعیین میزان خودکارآمدی در زنان باردار در طی بارداری ضروری می باشد تا براساس آن بتوان مداخلات آموزشی مناسب را به منظور ارتقای خودکارآمدی مقابله با درد زایمان طرح ریزی کرد.

روش کار: به منظور تعیین خودکارآمدی از پرسشنامه خودکارآمدی زایمان و نگرش به زایمان استفاده گردید. بعد از انجام تغییرات لازم، این پرسشنامه برای ۱۷۶ زنان باردار نخست حامله و چند زای مراجعه کننده به کلینیکهای مراقبت‌های بارداری ۵ بیمارستان دولتی آموزشی زنان و زایمان که بطور تصادفی انتخاب شده بودند، تکمیل گردید. به منظور تعیین همسویی درونی از ضریب آلفای کرونباخ و به منظور تعیین روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده گردید.

نتایج: یافته های این تحقیق نشان داد که پرسشنامه خود کارآمدی زایمان از همسویی درونی بالایی ۰.۹۱ - ۰.۸۴ برخوردار است. بین انتظار پیامد زایمان و خودکارآمدی فاز فعال لیبر و فاز دوم لیبر ارتباط معنی داری آماری مشاهده گردید (در هر دو مورد $P < 0,001$).

نتیجه گیری: این مطالعه نقش خودکارآمدی زایمان را به عنوان عامل اساسی در رفتار مقابله با درد زایمان تایید می کند.

واژه گان کلیدی: خودکارآمدی، ترس زایمان، روایی، پایایی

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۴/۲۴

تاریخ اصلاح نهایی: ۸۷/۵/۷

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۹/۲۴

دکتر محبوبه خورسندی*
دکتر فضل اله غفرانی پور
دکتر علی رضا حیدرنیا
دکتر سقراط فقیه زاده
دکتر علی رضا اکبر زاده
دکتر مریم وفایی

- ۱- دکتری تخصصی آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک
- ۲- دانشیار گروه آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس
- ۳- دانشیار گروه آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس
- ۴- استاد گروه آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس
- ۵- استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ۶- دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه تربیت مدرس،

***نشانی نویسنده مسئول:** اراک - دانشگاه علوم پزشکی دانشکده پرستاری مامایی گروه مامایی
تلفن: ۰۹۱۸۳۶۱۳۰۲۵

E-mail:
Khorsandi_mahboobeh@yahoo.com

مقدمه

حاملگی برای زن باردارو خانواده اش رخداد ویژه می باشد. در این دوران زن بارداربا تغییرات جسمی و روانی روبرو می گردند. و در صورتی که خود را با این تغییرات منطبق نماید استرس زیادی به او وارد می شود. علاوه بر استرس های روزانه، ترس و نگرانی نسبت به سلامت خود، کودک و نیز فرآیند ناشناخته زایمان نیز وجود دارد، در صورتی که او احساس کند که به خوبی می تواند با استرس مقابله نماید احتمالاً از تاثیرات سوء استرس بر سلامتی اش مصون خواهد ماند. فواید رفتارهایی که موجب کنترل ترس و استرس میگردد توسط اکثر افراد تایید می گردد ولی به هنگام مواجهه با استرس برخی نمی توانند این رفتارهای مقابله ای را انجام دهند، از نظر رفتار شناسی خود کارآمدی Self Efficacy مهمترین پیش نیاز برای پیش بینی انجام رفتار در شرایط استرس زا می باشد. بندورا Bandura روان شناس مشهور در تئوری یادگیری اجتماعی خود کارآمدی را مطرح می نماید. خود کارآمدی همخوان با مفهوم خود باوری می باشد و به اطمینان فرد در مورد توانایی اش برای رفتار به طریقی که به نتیجه مطلوب بیانجامد اشاره می نماید (۱).

خود کارآمدی شامل ارزیابی فرد از توانایی خودش برای مقابله با موقعیتهای پر استرس و اجرای رفتارهای ضروری بویژه در زمان لیبرمی باشد. درک خود کارآمدی قبل از یک رویداد پیش بینی می کند آیا افراد برای مقابله با موقعیت تلاش خواهند کردو چه مدت تلاش تداوم می یابد. زنانی که در زمان بارداری سطح اطمینان بیشتری در توانایشان برای مقابله با لیبر داشته باشند گزارش شده که درد کمتری در

طی لیبر داشته و پیش بینی می گردد قادر به اجرای رفتارهای مقابله با استرس در زمان لیبر باشند. بررسی ها نشان میدهد که بین ترس زایمان و خود کارآمدی و انتخاب زایمان طبیعی ارتباط وجود دارد. چنانچه زن باردار تصور نماید که نمی تواند موقعیت لیبر را کنترل نماید ترس و اضطراب ناشی از آن سبب می شود تا اقدام به انتخاب سزارین آن هم بدون علت پزشکی نماید. (۲۳)

تحقیق انجام شده توسط دیلک Dilk نقش خود کارآمدی را به عنوان عامل کلیدی در انتخاب روش زایمان نشان می دهد. (۴) در تحقیق شریعت ۷۱٪ دلیل انتخاب سزارین ترس از درد زایمان طبیعی توسط مادر مطرح شد (۵). همچنین در تحقیق انجام شده توسط رایدینگ Ryding بر روی زنان سوئدی اکثر زنان ۳۶٪ ترس از درد را به عنوان دلیل اصلی انتخاب سزارین مطرح نمودند. (۶) لوئی Lowe خود کارآمدی را به عنوان واسطه اساسی در ترس زایمان مطرح می سازد (۳) هم چنین شواهد اساسی نقش خود کارآمدی مادر را در استفاده از روشهای سازگاری با درد در طی زایمان تایید می نماید (۱۴ و ۱۳ و ۱۲ و ۱۱ و ۱۰ و ۹ و ۸ و ۷).

Lowe در سال ۱۹۹۳ پرسشنامه خود کارآمدی زایمان Childbirth Self Efficacy Inventory (CBSEI) به منظور اندازه گیری باور مادر در قابلیت سازگاری با درد را لیبر تدوین نمود. از زمان تدوین این ابزار، تحقیقات نشان داده است که این ابزار از روایی و پایایی بالایی برخوردار است. (۱۴ و ۱۳ و ۱۲). این ابزار هم انتظار پیامد Expectancy Outcome و هم انتظار خود کارآمدی Self efficacy

Expectancy را اندازه گیری

می نماید.

انتظار پیامد به باور فرد مبنی بر اینکه یک رفتار معین به نتیجه خاص می انجامد اشاره می نماید. در حالیکه انتظار خود کارآمدی به باور فرد در مورد توانایی خود در اجرای موفق یک رفتار در شرایط خاص و میزان کنترل او بر شرایط خاص اشاره دارد (۸) با توجه به اهمیت خود کارآمدی در کنترل ترس و مقابله با درد لیبر و انتخاب روش مناسب زایمان، تعیین میزان خود کارآمدی زایمان زنان باردار در مقابله با درد لیبر در دوران بارداری ضروری می باشد تا بتوان با توجه به آن مداخلات هدفمند را به منظور ارتقای سطح خود کارآمدی زنان طرح ریزی کرد.

ملاحظات اخلاقی

ابتدا مجوز بومی سازی ابزار از پروفیسور لوئی اخذ گردید. پس از تصویب رساله توسط کمیته پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس و معرفی به معاونت پژوهشی دانشگاههای مربوطه مجوز حضور در بیمارستانها دریافت گردید. کلیه شرکت کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در نمونه گیری شرکت کردند و از نظر محرمانه بودن اطلاعات به آنها اطمینان داده شد.

هدف کلی این تحقیق تعیین میزان خود کارآمدی درک شده زایمان در زنان باردار و هدف جزئی مقایسه میانگین نمرات کسب شده از این ابزار در زنان شرکت کننده و مقایسه آن با نمرات کسب شده در سایر کشورها و تعیین هم بستگی خود کارآمدی و ترس زایمان بود.

روش کار

*Expectancy out come

*Self efficacy Expectancy

بیمارستان آموزشی زنان زایمان شهر تهران که به طور تصادفی انتخاب گردیدند انجام شد. دامنه سنی زنان شرکت کننده بین ۴۲-۱۷ سال با میانگین سنی ۲۵٫۸ و انحراف معیار ۵٫۶ می باشد. میانگین هفته های بارداری ۲۹٫۴ و انحراف معیار ۹٫۴ می باشد. ۱۲۲ نفر (۶۹٫۳٪) زنان شکم اول و ۵۴ نفر (۳۰٫۷٪) چندزا می باشند. هیچ کدام از زنان در طی بارداری آموزشی مرتبط با بارداری و زایمان ندیده بودند.

نتایج تحقیق نشان داد که پرسشنامه خود کارآمدی زایمان از همسویی درونی بالایی ۸۴-۹۱ برخوردار است جدول ۱ مقایسه ضریب آلفای کرونباخ تحقیق حاضر و تحقیقات انجام شده در سایر کشورها را نشان می دهد. هم چنین همسویی درونی پرسشنامه ترس زایمان نیز ۸۵٫۸ محاسبه گردید. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که پرسشنامه خود کارآمدی زایمان دارای چهار بخش بوده و هر بخش تک بعدی می باشد که نتایج تحلیل عاملی این پرسشنامه در مقاله ای جدا گزارش گردیده است. میانگین نمرات ترس زایمان $18,1 \pm 34,09$ می باشد.

جای جدول شماره ۱
بین خود کارآمدی کسب شده و ترس زایمان ارتباط معکوسی مشاهده گردید $r = -0,396$ و $p < 0,001$. هیچ ارتباطی بین عوامل دموگرافیک (تعداد زایمان و سن) و نمره خودکارآمدی مشاهده نگردید ($p > 0,05$). میانگین نمرات کسب شده خودکارآمدی زنان نخست زایمان و چند زایمان ترتیباً ۲۰۶٫۴، ۲۰۸٫۲ بود که آزمون تی مستقل اختلاف چشمگیری را بین این دو گروه نشان نداد ($p > 0,05$). همچنین مطابق با سایر تحقیقات بین نمره انتظار زایمان مربوط به فاز فعال و دوم لیبر اختلاف

به منظور بدست آوردن پرسشنامه ای معادل با زبان اصلی از اصول ذکر شده توسط Brislin استفاده شد (۱۵) ابتدا دو زبان شناس به طور مستقل پرسشنامه ها را به فارسی ترجمه نمودند سپس دو زبان شناس دیگر نسخه ترجمه شده را به طور مستقل به انگلیسی ترجمه نمودند و پس از نهایی شدن نسخه تهیه شده توسط فرد متخصص دو زبانه با نسخه اصلی مقایسه شد. سپس نسخه نهایی جهت تعیین روایی محتوایی توسط گروه متخصصان مورد بررسی قرار گرفت و تغییرات بسیار جزئی انجام شد. در مرحله بعد پرسشنامه جهت بررسی قابلیت خواندن و فهم بین ۱۰ زن باردار توزیع و تغییرات بسیار جزئی داده شد. در مرحله بعد پرسشنامه جهت ۱۷۶ زنان باردار شکم اول و چندزا مراجعه کننده به کلینیک های مراقبت های بارداری ۵ بیمارستان دولتی آموزشی زنان و زایمان که بطور تصادفی انتخاب شده بودند تکمیل گردید. زنان چندزایی که زایمان قبلی ایشان به طریق سزارین بود، از مطالعه خارج شدند. شرکت در این مطالعه بصورت آگاهانه و داوطلبانه بود. به منظور تعیین همسویی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. به منظور تعیین روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی روش تحلیل مولفه های اصلی و چرخش واریماکس استفاده گردید. حجم نمونه ۱۷۶ نفر یعنی ۱۰ برابر سوالات پرسشنامه (ماکزیم سوالات در هر بخش ۱۶ سوال) محاسبه گردید. (۱۶)

نتایج

این تحقیق مطالعه ای مقطعی است که در سال ۱۳۸۵ بر روی ۱۷۶ زن باردار مراجعه کننده به کلینیک های مراقبت بارداری ۵

اولین قدم در این تحقیق ابزارسازی بود که توضیح مفصل آن طی مقاله ای جدا ارائه گردیده است .

ابزار سازی

طبق تئوری خودکارآمدی بندورا خودکارآمدی زایمان ابزارسازی است که توسط خود فرد تکمیل می گردد و دارای ۶۲ سوال است و از دو قسمت فاز فعال و مرحله دوم زایمان تشکیل شده است که هر قسمت دارای دویخش می باشد. بخش اول شامل ۱۵ سوال است که انتظار پیامد را مربوط به فاز فعال زایمان می سنجد. بخش دوم نیز شامل ۱۵ سوال است که انتظار خود کارآمدی مربوط به این فاز را می سنجد. قسمت دوم مربوط به مرحله دوم زایمان است که خود شامل بخش اول انتظار پیامد از سوال ۳۱-۴۶ می باشد. بخش دوم خودکارآمدی مربوط به فاز دوم زایمان را در نظر می گیرد و شامل سوال ۴۷-۶۲ می باشد. با جمع نمرات خودکارآمدی در هر مرحله نمره کل خودکارآمدی و با جمع نمرات انتظار پیامد نمره کل پیامد نمره کل پیامد زایمان بدست می آید. و کل نمره خودکارآمدی از جمع حاصل این دو بدست می آید. (۸ و ۳) هم چنین به منظور بررسی ترس زایمان از پرسشنامه نگرش زایمان هارمن Childbirth Attitude Questionnaire (CAQ) که توسط لوئی مورد بازنگری قرار گرفته بود استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۱۶ سوال میباشد که با پاسخ طیف لیکرتی ۴ تایی مشخص می گردد که حداقل نمره ۱۴ و حد اکثر ۵۶ می باشد. (۳) پرسشنامه خود کارآمدی زایمان و ترس زایمان در سه ماهه دوم بارداری جهت زنان باردار تکمیل گردید.

چشمگیری مشاهده نگردید. آزمون تی زوجی بین نمره انتظار پیامد زایمان مربوط به دو مرحله لیبر و نیز خودکارآمدی مربوط به این دو مرحله اختلاف معنی داری را نشان نداد. با وجود این بین انتظار پیامد زایمان و خودکارآمدی فاز فعال لیبر اختلاف معنی دار آماری دیده شد ($p < 0.001$). هم چنین در مورد سوالات مربوط به فاز دوم لیبر نیز آزمون آماری اختلاف معنا داری را نشان داد ($p < 0.001$).

جدول شماره ۲ نمرات کسب شده از بخش های مختلف پرسشنامه خود کارآمدی زایمان را در زنان باردار ایرانی و سایر کشور ها نشان می دهد. میانگین نمرات کسب شده مشابه نمرات کسب شده در سایر کشور ها بوده و میانگین نمرات انتظار پیامد زایمان بیشتر از میانگین نمرات خودکارآمدی مربوط به دو مرحله زایمان می باشد. جدول شماره ۲

بحث

نتایج این تحقیق شواهدی مبنی برروایی و پایایی پرسشنامه خودکارآمدی مقابله با درد زایمان نشان داد که مطابق با نتایج تحقیقات IP, Sinclair & O'Boyle, Lowe می باشد (۱۴ و ۱۳ و ۸).

نمرات خودکارآمدی زایمان در این تحقیق مشابه تحقیقات انجام شده در سایر کشور ها می باشد. مقایسه میانگین نمرات انتظار پیامد و انتظار خودکارآمدی اختلاف معنی داری را نشان داد که بیانگر تمایز این دو مفهوم از نظر زنان باردار می باشد. پرسشنامه خودکارآمدی مقابله با درد زایمان هم انتظار پیامد (اعتقاد به اینکه رفتار مورد انتظار به پیامد خاص می انجامد) و انتظار خودکارآمدی (باور به

اینکه شخص می تواند رفتار های ضروری را در موقعیت خاص انجام دهد) به منظور مقابله با درد زایمان اندازه می گیرد. این تمایز مهم است زیرا افراد ممکن است معتقد باشند که رفتار خاص می تواند در مقابله با موقعیت خاص مفید باشد ولی احساس کنند که خود نمی توانند آن رفتار را در شرایط خاص انجام دهند. (۸)

مهم است بدانیم افراد ممکن است معتقد باشند که رفتار خاص در ایجاد نتایج مطلوب کمک خواهد کرد اما هنوز باور کمی در توانایی انجام رفتار داشته باشند. (۱۷) این نتایج یافته های IP, Sinclair & O,Boyle, Lowe را تایید می نماید و بیان می کند که CBSEI می تواند بین خودکارآمدی و انتظار پیامد تمایز قابل شود (۱۴ و ۱۳ و ۸)

بندورابه تمایز این دو مفهوم اشاره می کند (۱۷). این مساله باید در کلاس هایی که به منظور آمادگی زایمان طراحی می شود مورد توجه قرار گیرد زیرا تنها توجه به مفید بودن مهارت های مقابله با درد زایمان و حتی مفید دانستن زایمان کافی نبوده بلکه باور فرد در توانایی انجام آن باید مورد بررسی قرار گرفته و با مداخلات مناسب تغییر یابد. لوئی اختلاف چشمگیری در نمره انتظار خود کارآمدی بین زنان شکم اول و چند زا گزارش کرد در تحقیق او زنان شکم اول خودکارآمدی پایین تر نسبت به زنان چند زا داشتند. (۸) در این تحقیق اختلاف معنی داری بین نمره انتظار خودکارآمدی در زنان مولتی پار و نولی پار مشاهده نشد که این مطابق با نتایج Drumond & Rickwood Ip می باشد. (۱۴ و ۱۱ و ۹).

یکی از مسایلی که در افزایش خودکارآمدی فرد نقش اساسی دارد اجرای موفق و تجارب مثبتی است که فرد در انجام یک رفتار کسب می نماید. (۹)

زنان چند زای شرکت کننده در این تحقیق با وجود انجام زایمان طبیعی در زایمان قبلی شان خود کار آمدی زایمان در آنها تغییر نیافته بود. این مساله می تواند به علت عدم کسب تجارب مثبت زایمان در این زنان باشد یا توجه به اینکه زنان باردار هیچگونه آموزش رسمی در ارتباط با آمادگی برای زایمان در طی بارداری دریافت نمی کنند عدم آمادگی برای زایمان ممکن است مانعی در ایجاد تجربه مثبت از زایمان باشد. این مساله در قضاوت و باور فرد نسبت به توانایی انجام رفتار های مقابله با درد زایمان تاثیر دارد.

بین نمرات انتظار پیامد زایمان مربوط به مرحله زایمان بین زنان شکم اول و چند زا اختلاف معنی داری وجود نداشت که این نتایج مشابه تحقیقات IP Sinclair & O'Boyle, 2005 می باشد (۱۴ و ۱۳). این نتایج نشان می دهد که دو گروه زنان باور های یکسانی در مورد مفید بودن رفتارهای مقابله با درد برای کمک به زنان در مقابله با درد زایمان دارند. عدم اختلاف بین نمرات خودکارآمدی در دو مرحله زایمان نشان می دهد که زنان باردار بین دو مرحله زایمان تمایزی قابل نبودند به هنگام تکمیل پرسشنامه اظهار می داشتند که از نظر آنها تفاوتی بین دو مرحله زایمان وجود ندارد که مشابه با تحقیقات انجام شده توسط IP و Drumond & Rickwood می باشد (۹).

زنان باردار قادر به تمایز مفهوم خودکارآمدی و پیامد زایمان بودند که این نتیجه مشابه نتایج بدست آمده در زنان استرالیایی و زنان چینی می باشد. در این تحقیق بین ترس زایمان و خودکارآمدی ارتباط معکوسی مشاهده گردید لوئی نیز در تحقیق خود در بررسی ترس زایمان و

*Ip, Drumond Rickwood



دکتر کامیار کوزه کنانی به خاطر راهنمایی بیدریغ در تمام مراحل تحقیق خانم سازناز کاظمی ، آقای حسین مرادی ، خانم مریم قبادزاده و به خاطر همکاری در مراحل ترجمه و خانم بیتا برومند در جمع آوری اطلاعات و معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس در تامین اعتبار این تحقیق و اعضاء محترم هیأت علمی گروه پرستاری ، مامایی، آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس، دانشگاه تهران و شاهد و نیز رئیس اداره سلامت مادران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همکاران اعلام می‌دارد.

بارداری ضروری بوده و استفاده از استراتژیهای مناسب در افزایش باور زنان نسبت به توانایی در انجام زایمان طبیعی و مقابله با درد زایمان باید در آموزش های دوران بارداری مورد توجه قرار گیرد. مداخلات هدفمند در جهت افزایش خود کارآمدی میتواند در کاهش ترس زایمان موثر باشد.

قدردانی و تشکر

نویسندگان مراتب سپاسگزاری خود را از پروفیسور لویی به خاطر مجوز بومی سازی پرسشنامه و پاسخگویی به سؤالات و راهنمایی در طی مراحل تحقیق آقای

خودکارآمدی در زنان اول زا به ارتباط بین خود کارآمدی و ترس زایمان اشاره می نماید زنانی که از خودکارآمدی بالایی برخوردار بودند نمره ترس کمتری داشتند. (۳). نتایج این تحقیق نقش خودکارآمدی را به عنوان عنصر کلیدی در انتخاب روش زایمان و کنترل ترس از زایمان طبیعی مورد تایید قرار می دهد. با توجه به آمار بالای سزارین در کشور ۳-۴ برابر میزان قابل قبول سازمان جهانی بهداشت و روند رو به رشد آن در کشور (۱۸) و نقش خودکارآمدی به عنوان عنصر کلیدی در انتخاب روش زایمان تعیین سطح خودکارآمدی زنان در طی

جدول ۱: مقایسه ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در مطالعه کنونی و مطالعات انجام شده در سایر کشورها

چین Ip and DC(2005) n=148	انگلیس Lowe (1993) n=351	استرالیا Drummond & Rickwood (1997) n = 100	ایرلند شمالی Sinclair and O'Boyle (1999) n=126	ایران n=176 Khorsandi Et al	
۰.۹۳	۰.۸۶	>۰.۹	۰.۹۱	۰.۸۴	انتظار پیامد فاز فعال لیبر
۰.۹۲	۰.۹۳	>۰.۹	۰.۹۳	۰.۹۲	انتظار خودکارآمدی فاز فعال لیبر
۰.۹۵	۰.۹۰	>۰.۹	۰.۹۵	۰.۹۴	انتظار پیامد فاز دوم لیبر -
۰.۹۶	۰.۹۵	>۰.۹	۰.۹۴	۰.۹۱	انتظار خودکارآمدی فاز دوم لیبر

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی زایمان کسب شده در مطالعه کنونی و سایر کشورها

ایران n=176 Khorsandi Et al	ایرلند شمالی Sinclair and O'Boyle(1999) n=126	استرالیا Drummond & Rickwood(1997) n=100	انگلیس Lowe(1993) n=351	چین Ip and DC(2005) n=148	
۱۱۸ و ۸ (۳۰ و ۶۷)	۱۰۹ و ۵ (۲۳ و ۵۸)	۱۰۶ و ۷۷ (۲۵ و ۶۴)	۱۲۸ و ۳ (۱۴ و ۵)	89,87 (24,03)	انتظار پیامد فاز فعال لیبر
۱۰۱ و ۷ (۳۱ و ۹)	۸۹ و ۵ (۲۴ و ۷۳)	۹۳ و ۴۶ (۲۴ و ۷۷)	۱۰۳ و ۱ (۲۱ و ۶)	۸۴ و ۲۹ (۲۴ و ۴۳)	انتظار خودکارآمدی فاز فعال لیبر
۱۲۴ و ۹۲ (۳۳ و ۹)	۱۱۳ و ۵ (۳۱ و ۱۱)	۱۱۱ و ۱۱ (۲۴ و ۹۷)	۱۲۹ و ۶ (۲۰ و ۶)	۹۲ و ۲۴ (۲۷ و ۹۸)	انتظار پیامد فاز دوم لیبر-
۱۰۴ و ۰۲ (۳۵ و ۹۷)	۹۴ و ۴ (۲۷ و ۷۳)	۹۵ و ۹۵ (۲۵ و ۰۵)	۱۰۶ و ۶ (۲۶ و ۸)	۸۷ و ۱۵ (۲۸ و ۸۴)	انتظار خودکارآمدی فاز دوم لیبر

Arch



مراجع

- 1- Bandura A. *Social foundations of thought and Action: A social cognitive theory* Englewood cliffs, NJ: prentice Hall; 1986.
- 2-Bandura, A. *Health promotion by social cognitive means. Health education & Behavior*2004;31(2):143-164.
- 3 - Lowe NK. *Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2000; 21:219-224.
- 4- Dilks FM, Beal JA. *Role of self efficacy in birth choice. Perinat neonatal nurse* 1997 Jun; 11(1):1-9.
- ۵_ شریعت مامک، مجلسی ف، محمودی م. بررسی میزان سزارین و عوامل موثر بر آن در زایشگاه های شهر تهران. فصلنامه پایش، سال اول، شماره سوم، ۱۳۸۱، صفحه: ۴۵
- 6- Ryding Elsa Lena, Wijma B, Wijma K, Rydhstrom H. *Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. Acta Obstetric Gynecol Scand* 1998;77:452-7.
- 7- Sieber S, Nicole German, Aline Ehlert ,B.A, *Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, Self-efficacy, and psycho social adaptation in healthy pregnant women, Acta obstetrics et Gynecologica* 2006;85(10): 1200-7.
- 8- Lowe, N.K. *Maternal confidence for labour: Development of the childbirth self-efficacy Inventory. Research in nursing & health*1993; 16:141-149.
- 9- Drummond, J. & Rick wood, D. *Childbirth confidence: validating the childbirth self-efficacy Inventory (CBSEI) in an Australian sample. Journal of Advanced nursing*1997; 26(3):61۳-622.
- 10- Lowe N.K. *Explaining the pain of active labor: the importance of maternal confidence. Research in nursing and health*1989; 12:237-245.
- 11- Lowe, N. K. *Maternal confidence in coping with labor: A self efficacy concept. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*1991, 20, 457-463.
- 12-Manning, M.M, & Wright. T.L. *Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. Journal of personality & social psychology* 1983; 45(2):421-431.
- 13-Sinclair, M. & O'Boyle, C. *The childbirth self-efficacy Inventory: A replication study. Journal of Advanced nursing* 1999; 30(6):1416-1423.
- 14-Ip, W.Y. & Chan, D.S.K. & Chien WT. *The Chinese version of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. Journal of Advanced Nursing* 2005; 51(6): 625-633.
- 15- Brislin R.W., *Translation and content analysis of oral and written materials* In H.C.Traindis & J.W.Berry (Eds), *Handbook of cross-cultural Psychology*. Boston: Allyn & Bacon vol2, pp. 389-444.
- 16- Hazard Munro B, *Statistical methods for health care research ; Lippincott 4th Edition* 2001.
- 17-Bandura, A. *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review*1977; 84:191-215.
- 18- مرید محسنی، سکینه محمدی خدیجه، پیش بینی روند افزایش - میزان سزارین بر اساس برخی آمارهای موجود فعلی، دانشور، سال چهاردهم، شماره ۶۶، دی ۱۳۸۵

Archive of SID