

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۱۲..



بررسی خود کارآمدی درگ شده زایمان در زنان باردار

چکیده

زمینه: خود کارآمدی شامل ارزیابی فرد از توانایی خودش برای مقابله با موقعیتهای پراسترس و اجرای رفتارهای ضروری خصوصاً در مقابله با درد زایمان می‌باشد. درک خودکارآمدی قبل از یک رویداد پیش‌بینی می‌کند آیا افراد در مقابله با موقعیت تلاش خواهند کرد و چه مدت تلاش تداوم می‌یابد. تحقیقات نشان می‌دهد زنانی که خود کارآمدی پایین دارند انجام زایمان طبیعی را امری دست نا‌یافتنی دانسته و ترس بالایی را در طی بارداری تجربه می‌کنند. 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 می‌باشد 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 مراجعت کننده به کلینیک‌های مراقبت‌های بارداری ۵ بیمارستان دولتی آموزشی زنان و زایمان که بطور تصاریفی 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: یافته‌های این تحقیق نشان داد که پرسشنامه خود کارآمدی زایمان از همسویی درونی بالایی ۹۱.۸۴-۸۴.۹۱. 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 $P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نقش خودکارآمدی زایمان را به عنوان عامل اساسی در رفتار مقابله با درد زایمان تایید می‌کند.

واژه‌گان کلیدی: خودکارآمدی، ترس زایمان، روایی، پایایی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴/۵/۱۷

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۷/۴/۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۶/۹/۲۴

- دکتر محبوبه خورسندی^{۱*}
دکتر فضل الله غفرانی پور^۲
دکتر علی رضا حیدرنیا^۳
دکتر سقراط فقیه زاده^۴
دکتر علی رضا اکبر زاده^۵
دکتر مریم وفایی^۶

- 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 پرایپزشکی، 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: ۰۹۱۸۳۶۱۲۰۲۵

E-mail:
Khorsandi_mahboobeh@yahoo.com

را اندازه گیری Expectancy

می نماید.

انتظارپیامد به باور فرد مبنی براینکه یک رفتارمعین به نتیجه خاص می انجامد اشاره می نماید. در حالیکه انتظار خودکارآمدی به باور فردد مرور توانایی خود در اجرای موفق یک رفتار در شرایط خاص و میزان کنترل او بر شرایط خاص اشاره دارد (۸) با توجه به اهمیت خودکارآمدی در کنترل ترس و مقابله با درد لیبر و انتخاب روش مناسب زایمان تعیین میزان خودکارآمدی 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 خودکارآمدی زنان طرح بینی کرد.

ملاحظات اخلاقی

ابتدا مجوز بومی سازی ابزار از پروفسور 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 نمونه‌گیری شرکت کردند و از نظر محترمانه بودن اطلاعات به آنها اطمینان داده شد.

هدف کلی این تحقیق تعیین میزان خودکارآمدی درک شده زایمان در زنان باردار و هدف جزیی 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 خودکارآمدی و ترس زایمان بود.

روش کار

*Expectancy outcome

*Self efficacy Expectancy

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 خودکارآمدی 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 سازارین آن هم بدون علت پژوهشی نماید (۲و۳). Dilk تحقیق انجام شده توسط دیلک نقش خودکارآمدی را به عنوان عامل کلیدی در انتخاب روش زایمان نشان می دهد (۴). در تحقیق شریعت ۷۱٪ دلیل انتخاب سازارین 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 سازارین مطرح نمودند. (۶) لوئی Lowe خودکارآمدی را به عنوان واسطه اساسی در ترس زایمان مطرح می سازد (۳) هم چنین شواهد اساسی نقش خودکارآمدی مادرزاد 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).

Lowe در سال ۱۹۹۳ پرسشنامه Childbirth خودکارآمدی زایمان Self Efficacy Inventory (CBSEI) به منظور اندازه گیری باور مادردر قابلیت سازگاری با درد را لیبر تدوین نمود. از زمان تدوین این ابزار، تحقیقات نشان داده است که این ابزار از روایی و پایایی بالای برخوردار است. (۱۴) و (۱۳) و (۱۲) و (۱۱). این ابزار هم انتظار پیامد Expectancy Outcome و هم Self efficacy انتظار خودکارآمدی داشته باشد.

مقدمه

حاملگی برای زن باردار و خانواده اش رخداد ویژه می باشد. در این دوران زن باردار با تغییرات جسمی و روانی روبرو می گردد. و در صورتی که خود را با این تغییرات منطبق ننماید 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 تأثیرات 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 مواجه با استرس برخی نمی توانند این رفتارهای مقابله ای را انجام دهند، از نظر رفتار شناسی خود انجام دهنده، از نظر رفتار شناسی Self Efficacy کارآمدی پیش نیاز برای پیش بینی انجام رفتار در شرایط استرس زا می باشد. بنده در روان شناس مشهور در Bandura تئوری یادگیری اجتماعی خودکارآمدی را مطرح می نماید. خودکارآمدی همخوان با مفهوم خود باوری می باشد و به اطمینان فرد در مورد توانایی اش برای رفتار به طرقی که به نتیجه مطلوب بیانجامد اشاره می نماید (۱).

خودکارآمدی شامل ارزیابی فرد از توانایی خودش برای مقابله با موقعیتهای پر استرس و اجرای رفتارهای ضروری بویژه در زمان لیبر می باشد. درک خودکارآمدی قبل از یک رویداد پیش بینی می کنندیا ای افراد برای مقابله با موقعیت تلاش خواهند کرد و چه مدت تلاش تداوم می یابند. زنانی که در زمان بارداری سطح اطمینان بیشتری در تواناییشان برای مقابله با لیبر داشته باشند گزارش شده که دردکمتری در



بیمارستان آموزشی زنان زایمان شهر تهران که به طور تصادفی انتخاب گردیدند انجام شد. دامنه سنی زنان شرکت کننده بین ۱۷-۴۲ سال با میانگین سنی ۲۵,۸ و انحراف معیار ۶,۵ می باشد. میانگین هفتۀ 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 خودکارآمدی زایمان از همسویی درونی بالای 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٪. محاسبه گردید. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که پرسشنامه خودکارآمدی 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 $8,18 \pm 34,09$ می باشد.

جای جدول شماره ۱

بین خودکارآمدی کسب شده و ترس زایمان ارتباط معکوس مشاهده گردید $-0,396 = 1 - 1 = 0,00 < p < 0,00$. هیچ ارتباطی بین عوامل دموگرافیک (تعداد زایمان و سن) و نمره خودکارآمدی مشاهده نگردید ($p > 0,05$). میانگین نمرات کسب شده خودکارآمدی زنان نخست زا و چند زایه ترتیب $20,6,4, 20,8,2$ 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 فعل 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 نموده و پس از نهایی شدن نسخه تهیه شده توسط فرد متخصص دو زبانه با نسخه اصلی مقایسه شد. سپس نسخه نهایی جهت تعیین روایی محتوای توسط گروه متخصصان مورد بررسی قرار گرفت و تغییرات بسیار جزیی انجام شد. در مرحله بعد پرسشنامه جهت بررسی قابلیت خواندن و فهم بین ۱۰ زن باردار توزیع و تغییرات بسیار جزیی داده شد. در مرحله بعد پرسشنامه جهت ۱۷۶ زنان باردار شکم اول و چندزا مراجعت کننده به کلینیک های مراقبت های بارداری ۵ بیمارستان دولتی آموزشی زنان و زایمان که بطور تصادفی انتخاب شده بودند تکمیل گردید. زنان چندزا که زایمان قبلی ایشان به طریق سازارین 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 (ماقریزم) سوالات در هر بخش ۱۶ سوال () محاسبه گردید. (۱۶)

نتایج

این تحقیق مطالعه ای مقطعی است که در سال ۱۳۸۵ برروی ۱۷۶ زن باردار مراجعت 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 ابزاری است که توسط خود فرد تکمیل می گردد و دارای ۶۲ سوال است و ازدو قسمت فاز فعل و مرحله دوم زایمان تشکیل شده است که هر قسمت دارای دو بخش می باشد. بخش اول شامل ۱۵ سوال است که انتظار پیامد را مربوط به فاز فعل 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 ۳۱-۴۶ سوال است که 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 جمیع نمرات انتظار پیامد نمره کل پیامد زایمان بدست می آید. و کل نمره خودکارآمدی از جمع حاصل این دو بدست می آید. (۸,۰ و ۳,۰). 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 خودکارآمدی زایمان و ترس زایمان در سه ماهه دوم بارداری جهت زنان باردار تکمیل گردید.

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 می‌تواند به علت عدم کسب تجارب مثبت زایمان در این زنان باشد با توجه به اینکه زنان باردار هیچگونه آموزش رسمی در ارتباط با آمادگی برای زایمان در طی بارداری دریافت نمی‌کنند عدم آمادگی برای زایمان ممکن است مانع در ایجاد تجربه مثبت از زایمان باشد. این مساله در قضاوت و باور فرد نسبت به توانایی انجام رفتارهای 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 می‌باشد (۱۴). این نتایج نشان می‌دهد که دو گروه زنان باورهای 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 می‌دهد که زنان باردار بین دو مرحله زایمان تمایزی قابل نبودند به هنگام تکمیل پرسشنامه اظهار می‌داشتند که از نظر آنها تفاوتی بین دو مرحله زایمان وجود ندارد که مشابه با تحقیقات انجام شده توسط IP و Drumond & Rick می‌باشد (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 می‌باشد. در این تحقیق بین ترس زایمان و خودکارآمدی ارتباط مکوسی مشاهده گردید لوثی نیز در تحقیق خود در بررسی ترس زایمان و

اینکه شخص می‌تواند رفتارهای ضروری را در موقعیت خاص انجام دهد) به منظور مقابله با درد زایمان اندازه می‌گیرد.

این تمایز مهم است زیرا افراد ممکن است معتقد باشند که رفتار خاص می‌تواند در مقابله با موقعیت خاص مفید باشد ولی احساس کنند که خود نمی‌توانند 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 یافته‌های IP, Sinclair & O'Boyle, Lowe نمایدو بیان می‌کند که CBSEI می‌تواند بین خودکارآمدی و انتظار پیامد تمایز قابل شود (۱۳ و ۸).

بندورانه تمایز این دو مفهوم اشاره می‌کند (۱۷). (این مساله باید در کلاس هایی که به منظور آمادگی زایمان طراحی می‌شود توجه قرار گیرد زیرا تنها توجه به مفید بودن مهارت‌های مقابله با درد زایمان و حتی مفید دانستن زایمان کافی نبود بلکه باور فرد در توانایی انجام آن باید مورد بررسی قرار گرفته و با مداخلات مناسب تغییر یابد. لوثی اختلاف چشمگیری در نمره انتظار خودکارآمدی 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 & Rick wood و IP می‌باشد. (۱۱ و ۱۴).

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

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 (۰/۰۰۱). هم چنین در مورد سوالات مربوط به فاز دوم لیبر نیز آزمون آماری اختلاف معنی داری را نشان داد (۰/۰۰۱).

جدول شماره ۲ نمرات کسب شده از بخش‌های مختلف پرسشنامه خودکارآمدی زایمان را در زنان باردار ایرانی و سایر کشورها نشان می‌دهد. میانگین نمرات کسب شده مشابه نمرات کسب شده در سایر کشورها بوده و میانگین نمرات انتظار پیامد زایمان بیشتر از میانگین نمرات خودکارآمدی مربوط به دو مرحله زایمان می‌باشد.

جدول شماره ۲

بحث

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

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

*Ip,Diamond Rickwood

دکتر کامیار کوزه کنانی به خاطر راهنمایی بیدریغ در تمام مراحل تحقیق خانم سازناظر 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 آموزش‌های دوران بارداری مورد توجه قرار گیرد. مداخلات هدفمند در جهت افزایش خودکارآمدی میتواند در کاهش ترس زایمان موثر باشد.

قدرتانی و تشکر
نویسنده‌گان مراتب سپاسگزاری خود را از پروفسورلوئی 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 خودکارآمدی و ترس زایمان اشاره می‌نماید 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 می‌دهد. با توجه به آمار بالای سازارین 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	
.۹۳	.۸۶	>.۹	.۹۱	.۸۴	انتظار پیامد فاز فعال لیر
.۹۲	.۹۳	>.۹	.۹۳	.۹۲	انتظار خودکارآمدی فاز فعال لیر
.۹۵	.۹۰	>.۹	.۹۵	.۹۴	انتظار پیامد فاز - دوم لیر
.۹۶	.۹۵	>.۹	.۹۴	.۹۱	انتظار خودکارآمدی فاز دوم لیر

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

ایران n=176 Khorsandi Et al	ایرلندشمالی 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	
۱۱۸/۸ (۳۰ و ۶۷)	۱۰/۹۵ (۲۳ و ۵۸)	۱۰/۶ و ۷۷ (۲۵ و ۶۴)	۱۲/۸ و ۳ (۱۴ و ۵)	۸۹/۸۷ (۲۴/۰۳)	انتظار پیامد فاز فعال لیبر
۱۰/۱ (۳۱ و ۹)	۸/۹۵ (۲۴ و ۷۳)	۹/۳ و ۴۶ (۲۴ و ۷۷)	۱۰/۳ و ۱ (۲۱ و ۶)	۸/۴ و ۲۹ (۲۴ و ۴۳)	انتظار خودکارآمدی فاز فعال لیبر
۱۲/۴ و ۹۲ (۳۳ و ۹)	۱۱/۳ و ۵ (۳۱ و ۱۱)	۱۱/۱ و ۱۱ (۲۴ و ۹۷)	۱۲/۹ و ۶ (۲۰ و ۶)	۹/۲ و ۲۴ (۲۷ و ۹۸)	انتظار پیامد فاز دوم لیبر-
۱۰/۴/۰۲ (۳۵ و ۹۷)	۹/۴ و ۴ (۲۷ و ۷۳)	۹/۵ و ۹۵ (۲۵ و ۰۵)	۱۰/۶ و ۶ (۲۶ و ۸)	۸/۷ و ۱۵ (۲۸ و ۸۴)	انتظار خودکارآمدی فاز دوم لیبر

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 مؤثر بر آن در زایشگاه های شهر تهران. *فصلنامه پاپیلشن*، سال اول، شماره سوم، ۱۳۸۱، صفحه ۴۵.
- 6- Ryding Elsa Lena,Wijma B ,Wijma K,Rydstrom 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 Ehler, 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):61 ۲-622.
- 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.Trainidis & 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.
مovid محسنی، سکینه محمدی خدیجه، بیشش بینی روند افزایش- میزان سزارین بر اساس برخی آمار های موجود فعلی، دانشور، سال ۱۳۸۵، چهاردهم، شماره ۶۶، پی ۱۳۰۵