

بسمه تعالی

حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

چکیده‌ای از طرح تحقیقاتی

عنوان طرح: بررسی تأثیر شرکت در کلاسهای آمادگی زایمان بر سرزندگی و عاطفه مثبت و نگرش نسبت به نوع زایمان در حین بارداری و پس از زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان

کلید واژه‌ها: کلاسهای آمادگی زایمان، سرزندگی و عاطفه مثبت، نگرش نسبت به نوع زایمان، بهزیستی روانشناختی

### Key Words

: subjective wellbeing, labor preparation classes, attitude to the labor methods, vitality, positive affect

مجری اصلی:

لاین تحقیقاتی مجری اصلی:

مقدمه و ضرورت اجرای طرح (به صورت خلاصه):

هورمونهای حاملگی می‌توانند زمینه تغییرات روحی- روانی و پریشانیهای احساسی را فراهم کنند (کاراکام ۲۰۰۷). یک تعداد از راهکارهای موثر برای ارتقا سلامت ذهنی و سرزندگی، تغذیه مناسب، فعالیت فیزیکی و ذهنی و فعالیت اجتماعی هستند (یوچاک ۲۰۰۸) زیرا هدف نهایی تیم هدایتگر زایمان انجام یک زایمان ایمن و تولد نوزاد سالم با حفظ سلامت مادر و جنین میباشد ورزشهای مخصوص به زنان این امکان را می‌دهد که با تغییرات دوران بارداری سازگار شوند و دردهای جزئی را آسانتر تحمل نمایند. (فراسر ۲۰۰۹). ورزش بر روی تنظیم خلق، موثر است و اثر ورزش منظم در ارتقاء عاطفه مثبت بیشتر از کاهش افسردگی و اضطراب نمایان است.

همچنین اثرات مثبت ورزش در افراد با زمینه عاطفه مثبت پایین، بارزتر و موثرتر از افراد با عاطفه مثبت بالاتر است (رید و باک ۲۰۰۹). مهارت‌های تن آرامی موجب، کاهش استرس حوالی تولد، تولد زودرس، درد و همینطور کاهش استفاده از دارو درمانی در زایمان می‌شود (باستانی و همکاران ۲۰۰۵). بسیاری از اختلالات روحی روانی زنان باردار به ناآگاهی زنان از تغییرات طبیعی که بارداری در جسم و روحشان بوجود می‌آورد و نیز ناآگاهی و یادداشتن اطلاعات غلط از فرایند بارداری و زایمان مربوط می‌شود (فراسر ۲۰۰۹). بنابراین قشر جوان و باردار جامعه نیاز به آموزش بیشتر و افزایش آگاهی و تغییر نگرش نسبت به روش‌های زایمان دارند (مصطفی زاده ۱۳۸۳) تحقیقات در کشورهای دیگر نشان داده است که بعضی مداخلات قبل از زایمان می‌تواند بر روی خلق و نگرش مثبت مادر، نوزاد بدنیایمده و بقیه خانواده اثرات ماندگاری بگذارد (لودریک ۲۰۰۳). گاهی این مداخلات در قالب کلاس‌هایی که در اوایل حاملگی تشکیل می‌شوند صورت می‌گیرند. این کلاس‌های آمادگی برای والد شدن فرصتی برای گفتگو و بحث بین زنان و ماماها بوجود می‌آورد. در این کلاسها زنان در جلسات آرام سازی شرکت می‌کنند و در مورد مسائل مختلف مربوط به بارداری آموزش می‌بینند (فراسر ۲۰۰۹) گرچه تحقیقات در کشورهای دیگر حاکی از اثربخشی این کلاسها بر روی اختلالات خلقی بوده، اما از آنجا که دیدگاه زنان نسبت به حاملگی و والد شدن، انتظارات و باورهای آنها و طرز تلقی شان نسبت به نوزاد و مادر بودن در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است (وان باسیل ۲۰۰۹) و با توجه به این موضوع که هنوز تحقیقی مبنی بر ارتباط این کلاسها بر ابعاد روانشناختی مادران و اثر آن بر نگرش زنان نسبت به نوع زایمان، در کشورمان صورت نگرفته است، نیاز به چنین مطالعه‌ای احساس می‌شود تا در صورت اثربخشی آنها جهت ارتقاء عاطفه مثبت و سرزندگی زنان باردار، کلاسها در همین چارچوب ارتقا داده شوند و اگر این روشها بر روی زنان ما اثرات مثبت دیگر کشورها را نداشت اقدام به تحلیل و بررسی علل آن شود و روشها و تکنیک‌های مطابق با فرهنگ و روحیات زنان کشورمان طراحی شود. از آنجا که ما هنوز در ابتدای راه هستیم این نوع مطالعات جهت غنی تر شدن این کلاسها ضروری بنظر می‌رسد.

## اهداف و فرضیات

**الف. هدف کلی:** تعیین تأثیر شرکت در کلاسهای آمادگی زایمان بر سرزندگی و عاطفه مثبت و نگرش نسبت به نوع زایمان درحین بارداری و پس از زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی منتخب شهر اصفهان سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹

### ب. اهداف جزئی (اختصاصی):

۱ - تعیین و مقایسه میانگین نمرات سرزندگی، در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله و پس از زایمان، در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹

۲ - تعیین و مقایسه میانگین نمرات عاطفه مثبت، در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله و پس از زایمان، در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹

۳ - تعیین و مقایسه میانگین نمرات نگرش نسبت به نوع زایمان، در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله و پس از زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹

۴- تعیین و مقایسه میانگین نمرات سرزندگی در دو گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله و بعد از زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹

۵- تعیین و مقایسه میانگین نمرات عاطفه مثبت در دو گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله و بعد از زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹

۶- تعیین و مقایسه میانگین نمرات نگرش نسبت به نوع زایمان در دو گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله و بعد از زایمان در زنان باردار ، مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹

### د. هدف کاربردی:

## با به نتیجه رسیدن اهداف و فرضیه های پژوهش

۱- می توان کمک به برنامه ریزی جهت بهبود سرزندگی، عاطفه مثبت و افزایش نگرش به زایمان طبیعی نمود و به دنبال آن با بهبود بهزیستی روان شناختی از افسردگی پس از زایمان پیشگیری کرد..

۲- با بهره گیری از روشی مناسب ، ارزان قیمت و در دسترس، می توان برای افزایش سرزندگی و عاطفه مثبت مادران باردار اقدام نمود. و هم چنین توجه بیشتر، به کلاس های نوپای آمادگی برای زایمان، در سطوح مراکز بهداشتی و درمانی و جامعه را به دنبال خواهد داشت .

۳- افزایش امکان بهره گیری از توانمندی های ماماها، در عرصه مراقبت قبل از زایمان که منجر به نگرش مثبت به زایمان طبیعی و کاهش اختلالات خلقی مادران باردار می شود .

### هـ- سؤالات پژوهشی و فرضیات:

#### فرضیه ها :

میانگین نمرات سرزندگی بعد از مداخله در گروه آزمون بیشتر از گروه کنترل است .

میانگین نمرات عاطفه مثبت بعد از مداخله در گروه آزمون بیشتر از گروه کنترل است .

میانگین نمرات نگرش به زایمان طبیعی بعد از مداخله در گروه آزمون بیشتر از گروه کنترل است .

#### سوال پژوهش

مشخصات فردی در گروه کنترل و آزمون، مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹ چگونه است؟

روش اجرا و شیوه های تجزیه و تحلیل یافته ها (به صورت خلاصه):

روش اجرای طرح

پس از کسب مجوز های لازم جهت انجام نمونه گیری در مراکز منتخب (براساس هماهنگی جهت تشکیل کلاس ها وامکان دسترسی به نمونه ها)، در هر مرکز با روش قرعه کشی، از بین شماره پرونده های افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را دارند، نمونه های پژوهش بصورت یک در میان انتخاب و سپس با روش تصادفی ساده به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم می شوند. کلاس ها طبق برنامه تنظیمی برگزار می گردد. اولین پرسشنامه گروه آزمون در اولین جلسه ای که تشکیل می شود قبل از شروع کلاس تکمیل می گردد. پرسشنامه بار دوم بعد از برگزاری هشتمین جلسه کلاس، در آخر همان جلسه، تکمیل می گردد. نوبت سوم تکمیل پرسشنامه، پس از زایمان (تا دو هفته بعد) انجام می شود. تکمیل پرسشنامه ها برای گروه کنترل نیز همزمان با گروه آزمون و در جلسات کلاس های روتین مراکز منتخب بوسیله مصاحبه انجام خواهد گرفت.

### روش تجزیه و تحلیل داده ها

داده های این پژوهش در مجموع از نوع کیفی و کمی بوده و با مقیاس اسمی و نسبی سنجیده شده و از روش های آمار توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده می شود. به منظور تجزیه و تحلیل اهداف ویژه از هدف اول تا ششم، شامل نمرات سرزندگی، عاطفه مثبت و نگرش نسبت به نوع زایمان که از نوع کمی پیوسته هستند، از روش **repeated measure of an ova** و به منظور تجزیه و تحلیل سوال پژوهش، در مورد یکسان سازی گروه ها، جهت مقایسه سن بارداری، سن مادروپاریتی از آزمون تی مقایسه ای و برای مقایسه میزان تحصیلات مادر و همسر، شغل مادر و همسر از آزمون آماری کای اسکوار استفاده می شود.

### ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش، پژوهشگر اصول اخلاقی زیر را رعایت می نماید:

- (۱) هماهنگی لازم با ریاست و معاونت محترم پژوهش مراکز مورد نظر، به منظور نمونه گیری در آن مراکز و ارائه معرفی نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به ایشان .
- (۲) شرح کامل اهداف پژوهش و روش کار به مسئولین مراکز و کلیه واحد های پژوهش به صورت کتبی و شفاهی .

- ۳) اخذ رضایت کتبی از واحد های مورد پژوهش قبل از ورود به پژوهش .
- ۴) احترام به واحد های مورد پژوهش و اطمینان دادن به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعات .
- ۵) تحویل خلاصه نتایج به مسئولین محترم مراکز بهداشتی درمانی در صورت درخواست ایشان .
- ۶) اختیار و آزادی کامل های مورد پژوهش در هر مرحله از اجرای کار، برای ادامه یا انصراف از همکاری .

### قسمت اول - اطلاعات مربوط به مجری طرح و همکاران

مجری اصلی طرح (مجری اول):

نشانی مجری اصلی:

محل کار: تلفن:

منزل: تلفن:

تلفن همراه:

نام مؤسسه بانکی و شماره حساب مجری (مجری اصلی طرح): بانک رفاه شعبه علوم

پزشکی

شغل و سمت فعلی مجری اصلی طرح: عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان

E-Mail: @

سازمان متبوع: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

محل اجرای طرح: مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان

درجات علمی و سوابق تحصیلی مجری اصلی طرح:

سال دریافت	کشور	دانشگاه	رشته تحصیلی	درجه تحصیلی

مشخصات سایر مجریان و یا همکاران اصلی:

نام و نام خانوادگی	شغل	درجه علمی	نوع همکاری	امضای همکار

مشخصات دانشجو:

نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی

الف) عنوان طرح به فارسی: بررسی تأثیر شرکت در کلاسهای آمادگی زایمان بر سرزندگی و عاطفه مثبت و نگرش نسبت به نوع زایمان در حین بارداری و پس از زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان

ب) عنوان طرح به انگلیسی:

Effect of taking labor preparation classes on maternal vitality and positive affect and attitude to the labor methods during pregnancy and after labor in women attending to the selected Isfahan public health centers in ۱۳۸۸-۱۳۸۹

نوع طرح:

\*کاربردی<sup>۱۱</sup>

بنیادی - کاربردی

بنیادی<sup>۱</sup>

مقدمه

(بیان مسئله، مرور متون، دلیل و ضرورت اجرای طرح)

... بی شک بچه دار شدن، یکی از مهیج ترین و چالش برانگیزترین تجارب زندگی هر فرد است و باعث تغییرات اساسی در زندگی او می شود. هیچ واقعه دیگر زندگی چنین حیرت آور، خاطره انگیز و توصیفی نیست. تغییراتی که زنان تجربه می کنند علاوه بر جسم و روح، احساس، شخصیت و بعد اجتماعی آنها را نیز درگیر می کند (اورتان ۲۰۰۸). تصمیم گیری برای بچه دار شدن یکی از مهمترین تصمیم هایی است که هر زن در دوران عمرش می گیرد، زیرا اثر آن بر روی بدن و زندگی روزانه عظیم و غیر قابل انکار است. ولی برای بیشتر مردم لذت بچه دار شدن به تغییرات روش زندگی و

<sup>۱</sup> پژوهش بنیادی پژوهشی است که عمدتاً در جهت گسترش مرزهای دانش بدون در نظر گرفتن استفاده علمی خاص برای کاربرد آن انجام می گیرد.

<sup>۱۱</sup> پژوهش کاربردی پژوهشی است که استفاده های علمی خاصی برای نتایج حاصل از آن در نظر گرفته می شود و غالباً جنبه تئوری- تجربی دارد.

تغییرات بدنی ناشی از آن می‌ارزد (لس و همکاران ۲۰۰۲). هورمونهای حاملگی می‌توانند زمینه تغییرات روحی- روانی و پریشانیهای احساسی را فراهم کنند (کاراکام ۲۰۰۷). لذا آماده شدن کامل ذهنی و جسمی جهت حاملگی خیلی مهم است (لس و همکاران ۲۰۰۲). زیرا هدف نهایی تیم هدایتگر زایمان انجام یک زایمان ایمن و تولد نوزاد سالم با حفظ سلامت مادر و جنین میباشد. سلامتی به معنی رفاه کامل جسمی روانی اجتماعی و اقتصادی و نه فقط نبود بیماری است. سلامتی<sup>I</sup> و بیماری به صورت یک طیف به هم پیوسته تصویر می‌شوند که در یک طرف آن علائم، نشانه‌ها و بیماری قرار دارد و در سوی دیگر آن آگاهی، آموزش و رشد فکری است. سازمان بهداشت جهانی سلامتی را یک حالتی<sup>I</sup> از این طیف<sup>II</sup> می‌داند. سلامتی یک حالت ایستا نیست و همانند بیماری سطوحی دارد. در یک انتهای طیف، سطح بالای سلامتی و در انتهای دیگر آن مرگ زود هنگام قرار دارد. آنهایی که به فرآیند زایمان به عنوان یک خطر و تهدید نگاه می‌کنند، منتظر علائم، نشانه‌ها و ناتوانی‌ها هستند که در قسمت انتهایی مربوط به بیماری در طیف سلامتی<sup>III</sup> می‌باشد. حتی بدون بیماری یا ناتوانی، آزمایشات زیاد گوش به زنگی مداوم و ترس از بیماری ممکن است والدین را متقاعد کند که آنها مطمئناً خوشبخت هستند که با این کیفیت از آنها مراقبت می‌شود. وگرنه دچار مشکلات عدیده‌ای می‌شدند؛ چنین دلهره‌هایی می‌توانند واقعا علائم و نشانه‌های بیماری برای خانم باردار ایجاد کند. چنین اضطراب‌هایی باعث شروع ترشح یک میزان زیادی از کاتکول آمین‌ها می‌شوند. این هورمونهای ناشی از استرس می‌توانند واقعا باعث علائم و نشانه‌ها و ایجاد بیماری واقعی شوند. در نتیجه والدین ناتوان می‌شوند و بجای حرکت به طرف سلامتی<sup>IV</sup> به سوی بیماری و ناتوانی حرکت می‌کنند. چنانکه استرس‌های روحی قبل از زایمان باعث تولد نوزاد کم وزن و یا زایمان زودرس می‌شود. بروز رفتارهایی مانند تغییر در تغذیه، خواب، ورزش، استفاده از مواد مخدر یا تنباکو و همچنین بی‌توجهی به مراقبت‌های دوران بارداری ناشی از این اختلالات می‌باشد (وودز و همکاران ۲۰۰۹). این زنان بدون توجه به تعداد زایمان مشکلات بیشتری در حاملگی و زایمان دارند (هیومینیک و هول ۲۰۰۳) همچنین میزان بالای اضطراب قبل از زایمان یک پیش‌بینی کننده قوی برای افسردگی پس از زایمان است (وان، سیل، ۲۰۰۹)، لذا باید مداخله سخت و زود هنگام در رویارویی با این اضطراب‌های روحی در دوره قبل از زایمان اتخاذ گردد (فراسر ۲۰۰۹) نسل جدید مردم به

<sup>I</sup>- well being

<sup>II</sup>- well being

<sup>III</sup>- well being

<sup>IV</sup>- Well bing

ارزشهای فرامادی و بخصوص داشتن عاطفه مثبت و سرزندگی اهمیت میدهند. که فراتر از رفع نیازهای فیزیولوژیک (ارزشهای مادی) است. سلیگمن نیز دریافت که انسان دارای بهداشت روانی نه فقط باید از اختلالات روانی رها شود بلکه باید نشانه‌های بهزیستی روان شناختی را دارا باشد که دارای سازه‌های سرزندگی و عاطفه مثبت است. دینر بهزیستی روان شناختی<sup>۱</sup> را واکنشهای خلقی و عاطفی افراد نسبت به رویدادهایی تعریف می‌کند که برای او روی می‌دهد (دینر ۲۰۰۰)

یک تعداد از راهکارهای موثر برای ارتقا سلامت ذهنی و سرزندگی، تغذیه مناسب، فعالیت فیزیکی و ذهنی و فعالیت اجتماعی هستند (یوچاک ۲۰۰۸). و حرکت به طرف سطح بالای سلامتی شامل طی سه مرحله آگاهی آموزش و رشد فکری است. سرزندگی، به عنوان تجربه هوشیارانه فرد از داشتن انرژی و حس زندگی است. در واقع سرزندگی بازتاب سلامت روان شناختی و جسمانی است و متقابلاً<sup>۱</sup> تحت تاثیر عوامل جسمی و روان شناختی قرار می‌گیرد. به هر میزان که افراد کمتر دچار تعارض باشند، به همان میزان از سرکوب‌رهای یافته و بنابراین احساس سرزندگی، خلاقیت، خود شکوفایی و انرژی در آنها بیشتر است (نظریه فروید به نقل از رایان و فردریک). سرزندگی با احساس سرشار از انرژی بودن همراه است، باعث ارتقاء عملکرد کنترل شخصی می‌شود و با خود کنترلی رابطه مثبت متقابل دارد و به دوباره سازی قدرت از دست رفته کمک می‌کند. سرزندگی در مقابل افسردگی و انرژی پایین قرار دارد (موراو ۲۰۰۸). بعلاوه عوامل مخل سلامتی، بخصوص آنهایی که بالقوه تهدید کننده استقلال فرد هستند، با سرزندگی رابطه معکوس دارند. صدمات فیزیکی و بیماریها بر سرزندگی تأثیر می‌گذارند و از آنجایی که ممکن است این مشکلات بر عملکرد موثر و یا استقلال فرد تأثیر گذار باشند، اثر آنها را بر سرزندگی باید در نظر گرفت (رایان و فردریک ۱۹۹۷). عوامل بدنی و جسمانی بر سرزندگی تأثیر می‌گذارد. تجربه سرزندگی در ارگانیزم سالم بیشتر روی می‌دهد. بخصوص هنگامی که تمرینات بدنی بصورت ثابت و منظم انجام شوند، احساس سرزندگی بیشتر خواهد بود (یوچاک و همکاران ۲۰۰۸). در حدود ۶۰٪ زنان در طول حاملگی کم تحرکند (داونز و هتر ۲۰۰۴). ورزشهای مخصوص به زنان این امکان را می‌دهد که با تغییرات دوران بارداری سازگار شوند و دردهای جزئی را آسانتر تحمل نمایند. تمرکز این ورزشها یا تمرینات بدنی بر روی تقویت عضلات کف لگن و شکم باعث می‌شود یک آمادگی ایده‌آل برای زایمان ایجاد شود و در جلوگیری از مشکلات بعد از زایمان تاثیر زیادی دارد (فراسر ۲۰۰۹). ورزش منظم منجر به عاطفه مثبت و سلامتی خانم باردار می‌-

<sup>۱</sup> SUBJECTIVE WELL BEING

شود. عاطفه مثبت چیزی بیش از نبود افسردگی نیست، بنابراین مواردی که بتواند بر روی عاطفه مثبت و سرزندگی اثر بگذارد افسردگی را نیز کاهش می‌دهد (پینکاس و همکاران ۲۰۰۴). افسردگی در حاملگی باعث پیامدهای حاملگی و عملکرد ضعیف مادر می‌شود (فلاین ۲۰۰۶)، همچنین زایمان زودرس را به میزان ۳ برابر افزایش می‌دهد (هیومینیک ۲۰۰۳). این اختلال در اواخر حاملگی همراه با افزایش میزان بی‌حسی اپی‌دورال، زایمانهای بامداخله جراحی (سزارین و زایمان با وسیله) و پذیرش نوزاد در بخش مراقبتهای ویژه می‌باشد (هیومینیک و هول ۲۰۰۳)، همچنین می‌تواند باعث مشکلاتی مانند سقط خودبخودی، پره اکلامپسی، زایمان زودرس و نوزاد کم وزن شود. فرزندان چنین زنانی ۳ برابر بیش از بچه‌های دیگر احتمال دارد که دچار افسردگی شوند (ساندرز ۲۰۰۵) و ۲ برابر بیشتر از دیگر بچه‌ها مشکلات عملکردی دارند و ناسازگارترند (رایتی ولتما و همکاران ۲۰۰۲).

عوامل خطر افسردگی شامل افزایش وقایع استرس‌زای همراه با حاملگی و سطح پایین آموزش و نداشتن حمایت اجتماعی در حاملگی هستند (گورل ۲۰۰۰). ۱۰ تا ۱۵٪ خانم‌ها در دوران بارداری دچار افسردگی می‌شوند که یک عامل خطر مهم برای افسردگی پس از زایمان بشمار می‌رود و همراه با پیامدهای ضعیف مادری و جنینی است (کوئیچیرزو همکاران ۲۰۰۹) در ایران هم میزان بروز افسردگی پس از زایمان با مقیاس ادینبورگ ۳۵٪ است (پایان نامه شکرانی فروشانی ۱۳۸۶).

ورزش بر روی تنظیم خلق، موثر است و اثر ورزش منظم در ارتقاء عاطفه مثبت بیشتر از کاهش افسردگی و

اضطراب نمایان است. همچنین اثرات مثبت ورزش در افراد با زمینه عاطفه مثبت پایین، بارزتر و موثرتر از افراد با عاطفه مثبت بالاتر است (رید و پاک ۲۰۰۹).

ورزش علاوه بر تاثیر بر روی ۱۵٪ زنانی که به افسردگی پس از زایمان دچار می‌شوند بر روی ۷۵ درصدی هم که درباره‌ی اضافه وزنشان نگرانند، تأثیر گذار است و باعث افزایش اعتماد به نفس این زنان و داشتن تصویر بدنی بهتر و کنترل افزایش وزن شدیدشان می‌شود (داونز و هت ۲۰۰۷). یکی دیگر از راهکارها، برای کاهش اضطراب و ترس در طول حاملگی که می‌تواند به بهبود سلامت روحی روانی مادران منجر شود، تن آرامی است، که بعنوان یک مداخله غیردارویی موثر می‌تواند سلامت ذهنی را در زنان حامله مضطرب، حداقل در طول حاملگی افزایش دهد و باعث افزایش اعتماد به نفس در آنها بشود (باستانی و همکاران ۲۰۰۵). تمرینات تنفسی زنان در طول بارداری تن آرامی را

افزایش می‌دهد (هاتلینگ ۲۰۰۵). مهارتهای تن آرامی موجب کاهش استرس حوالی تولد، زایمان زودرس، درد و همینطور کاهش استفاده از دارو درمانی در زایمان می‌شود (باستانی و همکاران ۲۰۰۵). بسیاری از اختلالات روحی روانی زنان باردار به ناآگاهی زنان از تغییرات طبیعی که بارداری در جسم و روحشان بوجود می‌آورد و نیز ناآگاهی و یادداشتن اطلاعات غلط از فرایند بارداری و زایمان مربوط می‌شود (فراسر ۲۰۰۹) لذا بارداری با وجودی که یک روند طبیعی است اما از لحظه پیدایش به عنوان بیماری تلقی می‌شود این زنان به فرآیند زایمان به عنوان یک خطر و تهدید نگاه می‌کنند و منتظر علائم، نشانه‌ها و ناتوانی می‌باشند که در قسمت انتهایی طیف سلامتی می‌باشد. آنها عقیده دارند موقعی اقدامات مراقبتی کافی دریافت کرده‌اند که مراقب آنها ارزیابی‌های مختلفی روی خود و یا نوزادشان انجام دهد اما حاملگی، تولد، شیردهی و والدی از نظر آنها بی‌خطر است که این پروسه را نرمال می‌انگارند از نقطه وسط (خنثی) طیف سلامتی شروع می‌شود و با دادن آگاهی، آموزش و پرورش و رشد فکری، این خانواده‌ها می‌توانند به سطح بالای سلامتی برسند. عدم آگاهی، موجب ترس از زایمان و یکی از مهمترین دلایلی است که باعث فرار زنان از زایمان طبیعی و روی آوردن آنان به سزارین می‌شود (امیر علی اکبری ۱۳۸۷)، ترس از زایمان و حاملگی تبعات جدی دارد و زنان را در معرض خطر زیادی، از رنجش و اختلالات احساسی شدید بعد از زایمان قرار می‌دهد (ملندر ۲۰۰۲)، بطوریکه ۶۰٪ زنان، درد زایمان را بعنوان دردناک‌ترین واقعه در تمام عمرشان تعریف می‌کنند (مک کرا ۲۰۰۱). از آنجائیکه میزان بالای ترس، با زایمان طولانی، مشکلات بیشتر زایمان و درخواست بیشتر سزارین همراه بوده است (هانت و همکاران ۲۰۰۹) بنابراین قشر جوان و باردار جامعه نیاز به آموزش بیشتر و افزایش آگاهی و تغییر نگرش نسبت به روش‌های زایمان دارند (مصطفی زاده ۱۳۸۳). بخصوص که در سالهای اخیر والد شدن یک جایگاه مهم و برجسته در حیطه سلامت در دنیا پیدا کرده است و بسیاری از کشورها به این موضوع علاقه مند شده‌اند و به آن توجه ویژه نشان داده‌اند تا بدینوسیله با کمک به والدین، پیامد نوزادان آنها را نیز بهبود بخشند (شولراف ۲۰۰۹).

از جمله در یک مطالعه که توسط فیلد و همکارانش در سال ۲۰۰۴ در آمریکا انجام شد، گروه ماساژ درمانی باتن آرامی و گروه بدون مداخله مقایسه شد. ماساژ درمانی افسردگی قبل از زایمان، اضطراب، عصبانیت، کمر درد و اختلالات خواب و همچنین ناسازگاری نوزاد و افسردگی بعد از زایمان را بمیزان بیشتری کاهش داد (فیلد و همکاران ۲۰۰۹)

-- well being

مطالعه دیگری در سال ۲۰۰۵ توسط باستانی و همکاران در آمریکا بر روی اثرات کاربرد تن آرامی بر روی کاهش اضطراب و استرس در زنان حامله انجام شد. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که تن آرامی اثرات مفیدی بر روی کاهش اضطراب و استرس، دریافت شده در خانم حامله دارد (باستانی، ۲۰۰۵).

مطالعه ای دیگر توسط متی و همکاران در سال ۲۰۰۲ در استرالیا با عنوان «جلوگیری از پریشانی یا افسردگی بعد از زایمان»، با هدف تعیین کارایی شرکت در کلاس های آمادگی زایمان جهت تطبیق و سازگاری روانی اجتماعی زوجهای در انتظار فرزند در دوران بعد از زایمان انجام شد. نتایج نشان داد که این اقدام در کاهش پریشانی بعد از زایمان در برخی زنان که برای اولین بار مادر می شوند موثر است (متی، ۲۰۰۴).

مطالعه ای در سال ۲۰۰۳ در انگلستان توسط اسکات و همکاران با عنوان "محدوده راهکارهای سازگاری، که زنان قبل و در طول اولین تجربه زایمان استفاده می کنند" با هدف بررسی این که، آیا زنان شکم اول در طول حاملگی وزایمان بدون شرکت در کلاس های آمادگی زایمان وبا استفاده از راهکارهای سازگاری که از قبل آموخته اند می توانند با درد و اضطراب این دوران کنار بیایند و آیا این زنان می توانند بعد از زایمان این راه کارها را شناسایی و توصیف کنند؟ نتایج نشان داد که آنها طیف وسیعی از راه کارها را در طول حاملگی و زایمان بکار بردند، و پیامدهای مثبت و منفی آنها را بعد از زایمان توصیف کردند (اسکات، ۲۰۰۴). گاهی این مداخلات در قالب کلاسهایی که در اوایل حاملگی تشکیل می شوند صورت می گیرند. این کلاسهای آمادگی برای والد شدن، فرصتی برای گفتگو و بحث بین زنان و ماماها بوجود می آورد. در این کلاسها زنان در جلسات آرام سازی شرکت می کنند و در مورد مسائل مختلف مربوط به بارداری آموزش می بینند (فراسر، ۲۰۰۹). در حال حاضر در ایران کاهش آمار سزارین یکی از علل ارائه الگوی بیمارستان های دوستدار مادر میباشد. طبق پروتکل کشوری یکی از ده اقدام بیمارستان دوستدار مادر این است که: "کلاس های آمادگی برای زایمان طبیعی در دوران بارداری فراهم بوده و به مادران و همراهان آنان مطابق پروتکل های کشوری مورد تایید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی آموزش های لازم ارائه میگردد" (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی). کلاسهای آمادگی برای زایمان در بعضی مناطق از جمله اصفهان برگزار می شود این کلاسها در حال حاضر در اصفهان بصورت دو یا سه بار در هفته، در ۹ تا از مراکز بهداشتی درمانی برقرار می باشند. مدت هر کلاس ۱/۵ ساعت است که به ۳ قسمت آموزش مراقبت های دوران بارداری، تمرینات بدنی و تن آرامی تقسیم می شود. مدت این کلاسها ۸ جلسه بصورت هر ۲

هفته یکبار از هفته ۲۰ تا ۳۷ بارداری می‌باشد. در این کلاسها آموزش، تمرینات بدنی و تن آرامی در کنار هم استفاده می‌شود. (طبق دستورالعمل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۵). بطوریکه تا بحال ۱۷۵ ماما در این استان جهت این کلاسها آموزش دیده‌اند و ۱۲۴ نفر آنها در بیمارستانهای مختلف هدایت کلاسها را بعهده گرفته‌اند و ۲۰ نفر بقیه ماماها در استانهای یزد و کهگیلویه و بویر احمد و چهار محال و بختیاری مشغول کار هستند(والیانی در گزارش به حوزه معاونت درمان اصفهان ۱۳۸۸). افزایش قابل توجه میزان سزارین در سراسر جهان این مساله را به صورت یکی از معضلات سیستم بهداشتی در آورده است (امیر علی اکبری ۱۳۸۷). شیوع سزارین در بسیاری از کشورهای جهان تفاوت قابل ملاحظه‌ای با آمار اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی یعنی ۵ تا ۱۵ درصد تولدها دارد(وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۶). در کشور ایران آمار سزارین سه تا چهار برابر میزان قابل قبول سازمان بهداشت جهانی است، به طوری که براساس جدیدترین آمارها در کشور(سال ۱۳۸۴) ۴۰.۶٪ از زایمان‌ها به صورت روش سزارین انجام می‌گیرد. آمارهای اعلام شده در جهان نیز نشان می‌دهد که این میزان مرتباً در حال افزایش بوده است به طوری که در آمریکا میزان سزارین از ۴.۵ درصد در ۱۹۶۵ به حداکثر شیوع ۲۹.۱ درصد در سال ۲۰۰۴ افزایش یافته است(امیر علی اکبری ۱۳۸۷). از آنجا که در هر جامعه‌ای باورها، اعتقادات، گرایش‌ها و الگوهای رفتاری خاصی وجود دارد که شناخت آنها قبل از تدوین برنامه‌های آموزش بهداشت ضروری است، اطلاع از آگاهی و نوع نگرش مادران نسبت به روش‌های ختم بارداری می‌تواند نقش مهمی در یافتن راه کارها و اتخاذ تصمیم از سوی سازمان‌های بهداشتی برای کاهش آمار سزارین داشته باشد(پورحیدری ۱۳۸۶). در واقع نگرش حالت آمادگی فرد برای برخورد کردن با یک امر یا امور است(راما چاندران، ۱۳۸۳، ص ۲۲-۲۳) و عبارت است از سازمان بندی نسبتاً دائمی باور‌ها در مورد یک شیء یا موقعیتی که فرد را آماده واکنش در یک جهت خاص می‌نماید. نگرش دارای سه بعد می‌باشد: بعد شناختی، بعد عاطفی یا احساسی، بعد رفتاری یا آمادگی برای عمل(آلا فیلیپ، ۱۳۷۹، ص ۳۴) آگاه بودن از نگرش‌های افراد می‌تواند دارای اهمیت زیادی باشد. اگر نگرش‌های مردم را بدانیم می‌توانیم رفتار آنان را پیش‌بینی کنیم و بر رفتار آنان کنترل داشته باشیم، و چنان که می‌دانیم، برای بسیاری از افراد پیش‌بینی کردن و به کنترل در آوردن رفتار دیگران دارای اهمیت بسیار است مانند دست‌اندر کاران مسائل بهداشتی جامعه(کریمی، ۱۳۸۷، ص ۵). زیرا که تعیین میزان آگاهی و نگرش افراد اولین قدم در راه تعیین و ارائه برنامه‌های آموزشی به منظور بالا بردن سطح آگاهی زنان باردار و تقویت پیام‌های بهداشتی است(امیر علی اکبری ۱۳۸۷). اطلاعات یک عامل تعیین‌کننده در نگرش می‌باشند. اطلاعات تازه مکرراً نگرش‌هایی را

تولید می کنند. تغییر در نگرش یک فرایند یادگیری است. در ابتدا نیاز به شناخت می باشد. سپس مرحله تجزیه و تحلیل و قضاوت است. بندرت پذیرش یک نظر کورکورانه اتفاق می افتد، اما اگر به طرز مناسبی تفهیم شود، جذب گردد و به عنوان یک چیز صحیح و سودمند مورد قبول واقع شود، تغییر در نگرش به وجود آمده، می تواند طولانی و بادوام باشد. (راما چاندران، ۱۳۸۳، ص ۲۵-۲۶). بنا بر این با توجه به افزایش زایمان از طریق سزارین و سهولت پذیرش آن از سوی عامه مردم به نظر می رسد که تعیین نگرش زنان باردار نسبت به نوع زایمان مهم است (مصطفی زاده، ۱۳۸۵). از آنجایی که ما از اثر اطلاعاتی که در کلاس های آمادگی زایمان به مادران می دهیم بی خبریم، و تا به حال نیز تحقیقی در این مورد صورت نگرفته است، به نظر می رسد که تعیین نگرش زنان باردار نسبت به نوع زایمان مهم باشد. تا اگر به ایجاد نگرش مثبت در زنان کمک کرد به تقویت آنها همت گماریم و در غیر این صورت راه کارهای دیگری جهت ایجاد و افزایش این مهم صورت گیرد.

### تعریف واژه ها:

(تعریف علمی هر واژه، تعریف عملی هر واژه)

### تعاریف نظری و عملی:

#### تعریف نظری کلاس های آمادگی برای زایمان :

کلاس هایی هستند که با شرکت در آن مادران آمادگی لازم برای رویارویی با دوران بارداری و زایمان را پیدا می کنند و می توانند در زایمان خود نقش فعالی داشته باشند. این آمادگی ها شامل تمرین های کششی، تن آرامی، ماساژ و الگو های تنفسی در زایمان و پس از زایمان است. (راهنمای آموزش کلاس آمادگی برای زایمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

#### تعریف عملی کلاس های آمادگی برای زایمان

کلاس هایی هستند بمدت یکساعت ونیم و به صورت هر دو هفته یکبار، که برای زنان باردار از هفته ۲۰ تا ۳۷ برگزار می شود. این کلاسها شامل تن آرامی وتمرینات بدنی و آموزش های تئوری درمورد مراقبت و افزایش سلامت جسمی وروانی دوران بارداری خواهد بود و در هشت جلسه کلاس به ترتیب زیر ارائه خواهد شد : آگاهی ازوضعیت لگن وبهداشت فردی، تغذیه در بارداری، بهداشت روان، علائم هشدار دهنده وروشهای کاهش درد زایمان، برنامه ریزی و انتخاب روش مناسب زایمان، مراحل زایمان، دوره پس از زایمان وتنظیم خانواده، بهداشت نوزاد وشیردهی وراهنمایی در جهت انتخاب بیمارستان. در هر کلاس ۱۰-۵ نفر خانم باردار با همراهشان حاضر می شوند.

### تعریف نظری سرزندگی :

سرزندگی نوعی احساس نشاط می باشد که در شرایط خاص ویا پس از انجام رویداد های خاص، در فرد پدیدار می شود. حس مثبت سرزندگی وسرشار از انرژی بودن، چیزی بیشتر ازبرانگیختگی ، فعال بودن ویا داشتن ذخیره انرژی کافی است . این احساس نوعی تجربه خاص روانشناسی است، که در این تجربه افراد در خود حس شورزندگی وروحیه می کنند (رایان وفردریک ۱۹۹۷).

**تعریف عملی سرزندگی :** منظور از سرزندگی در این پژوهش میزان نمره ای است که افراد مورد پژوهش از پرسشنامه دسی و رایان (۱۹۸۵ ساخته شده وتوسط فرحناز ابو القا سمی ۱۳۸۲ پایایی و اعتبار سنجی شده است) مربوط به سرزندگی کسب میکنند .

**تعریف نظری عاطفه مثبت:** عاطفه مثبت شامل ابعادی مانند خوش رویی ( بشاش ،شاد ،سرزنده ) اتکای به نفس (مطمئن ،قوی جسور ) وگوش به زنگی (هشیار ،متمركز ،مصمم) است.(کار۱۳۸۷)

**تعریف عملی عاطفه مثبت:** : منظور از عاطفه مثبت در این پژوهش میزان نمره ای است که افراد مورد پژوهش از پرسشنامه پاناس (عاطفه مثبت) کسب می کنند. این پرسشنامه توسط واتسون و لنجن و حکارک ۱۹۸۸ ساخته شد. و پایایی و اعتبار آن در ایران به طور مکرر(سهرابی ۱۳۸۱، ابوالقاسمی ۱۳۸۳) تأیید گردیده است.

**تعریف نظری نگرش:** معادل است با احتمال وقوع مجدد گونه هایی از رفتار از نوع خاص که دارای جهت خاص هستند (کریمی ۱۳۸۷).

**تعریف عملی نگرش نسبت به نوع زایمان:** منظور از نگرش نسبت به نوع زایمان در این پژوهش، میزان نمره ای است که افراد مورد پژوهش از ارزیابی مولفه های (شناخت، عاطفه و رفتار) پرسشنامه محقق ساخته نگرش کسب میکنند.

**تعریف نظری بهزیستی روانشناختی:** به معنای تکامل و نگهداری ساختار شناختی چند بعدی می باشد که به شخص بزرگسال اجازه می دهد که ارتباطات اجتماعی و هدفدار بودن در زندگی و توانایی عملکرد مستقل را حفظ کند و کار آیی چیره شدن بر بیماری و آسیبها را داشته باشد و قدرت سازگاری با نقایص عملکردی باقی

**مراکز بهداشتی، درمانی منتخب شهر اصفهان تعریف نظری و عملی:** منظور از مراکز بهداشتی، درمانی منتخب شهر اصفهان در این پژوهش مراکز بهداشت ابن سینا، نواب، امیر حمزه و بیمارستان های بهشتی، عیسی بن مریم، قائم و امین و کلیه زایشگاه هایی می باشد که افراد مورد پژوهش در آنجا زایمان خواهند کرد.

### **تعریف عملی پس از زایمان**

منظور از پس از زایمان در این تحقیق از روز زایمان تا دو هفته پس از زایمان می باشد.

**الف. هدف کلی:** تعیین تأثیر شرکت در کلاسهای آمادگی زایمان بر سرزندگی و عاطفه مثبت و نگرش نسبت به نوع زایمان در حین بارداری و پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی و درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹

**ب. اهداف جزئی (اختصاصی):**

- ۱ - تعیین و مقایسه میانگین نمرات سرزندگی، در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله و پس از زایمان، در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹
  - ۲ - تعیین و مقایسه میانگین نمرات عاطفه مثبت، در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله و پس از زایمان، در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹
  - ۳- تعیین و مقایسه میانگین نمرات نگرش نسبت به نوع زایمان، در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله و پس از زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹
  - ۴- تعیین و مقایسه میانگین نمرات سرزندگی، در دو گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله و بعد از زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹
  - ۵ - تعیین و مقایسه میانگین نمرات عاطفه مثبت، در دو گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله و بعد از زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹
  - ۶ - تعیین و مقایسه میانگین نمرات نگرش نسبت به نوع زایمان، در دو گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله و بعد از زایمان در زنان باردار، مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹
- د. هدف کاربردی:**

## با به نتیجه رسیدن اهداف و فرضیه های پژوهش

۱- می توان کمک به برنامه ریزی جهت بهبود سرزندگی، عاطفه مثبت و افزایش نگرش به زایمان طبیعی نمود و به دنبال آن با بهبود بهزیستی روان شناختی از افسردگی پس از زایمان پیشگیری کرد..

۲- با بهره گیری از روشی مناسب، ارزان قیمت و در دسترس برای افزایش سرزندگی و عاطفه مثبت مادران باردار می توان اقدام نمود و هم چنین توجه بیشتر، به کلاس های نوپای آمادگی برای زایمان در سطوح مراکز بهداشتی و درمانی و جامعه را به دنبال خواهد داشت.

۳- افزایش امکان بهره گیری از توانمندی های ماماها، در عرصه مراقبت قبل از زایمان که منجر به نگرش مثبت به زایمان طبیعی و کاهش اختلالات خلقی مادران باردار شود.

### هـ- سوالات پژوهشی و فرضیات:

#### سوال پژوهش

۱. مشخصات فردی در گروه کنترل و آزمون، مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۹-۱۳۸۸ چگونه است؟

#### فرضیه ها :

میانگین نمرات سرزندگی بعد از مداخله در گروه آزمون بیشتر از گروه کنترل است.

میانگین نمرات عاطفه مثبت بعد از مداخله در گروه آزمون بیشتر از گروه کنترل است.

میانگین نمرات نگرش به زایمان طبیعی بعد از مداخله در گروه آزمون بیشتر از گروه کنترل است.

### پیش فرض های پژوهش

۱- تکنیک های تن آرامی با کاستن از اضطراب و استرس در طول حاملگی می تواند به بهبود نتایج بارداری کمک کنند (باستانی ۲۰۰۵).

۲- عوامل استرس زای مربوط به زایمان واضطراب در طول حاملگی از جمله قویترین عوامل خطر برای افسردگی پس از زایمان هستند (فراسر ۲۰۰۹).

۳- تمرینات بدنی مخصوص، باعث میشوند تا مادران با تغییرات دوران بارداری سازگار شوند (فراسر ۲۰۰۹).

۴- تمرینات بدنی به مادران کمک میکند که احساس منفی در باره تغییرات بدن و نگرش عمومی شان را بهبود بخشند (بورنز و همکاران ۱۹۹۹).

۵- فقدان آگاهی از عوارض سزارین و نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی، از مهمترین علل افزایش تمایل زنان باردار نسبت به سزارین می باشد (پور حیدری ۱۳۸۶).

۶- هنگامی که تمرینات بدنی بصورت ثابت و منظم انجام شوند، احساس سرزندگی بیشتر خواهد بود. (یوچاک و همکاران ۲۰۰۸).

۷- ورزش بر روی تنظیم خلق، موثر است و اثر ورزش منظم در ارتقاء عاطفه مثبت بیشتر از کاهش افسردگی و اضطراب نمایان است (رید و باک ۲۰۰۹).

فهرست منابع مورد استفاده در این طرح:

۱. اپورحیدری م، سوزنی آ، کسایان ا. بررسی آگاهی و نگرش زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرقم نسبت به روش های ختم بارداری. مجله دانش و تندرستی. ۱۳۸۶، دوره ۲، شماره ۲.

۲. امیرعلی اکبری ص، بهرامی ن، ترک زهرانی ش، علوی مجد ح. بررسی میزان آگاهی و نگرش زنان نسبت به نوع زایمان در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی. زمستان ۱۳۸۷، سال هجدهم، شماره ۶۳.

۳. رامچاندرا ن. ل، دارمالینگام. ت آموزش بهداشت. ترجمه شفیع. فروغ، آذرگش. اذن اله، انتشارات دانشگاه تهران، سال ۱۳۸۵.

۴. فیلیپ. دانیل آلا، کامی یری. کارمل. دومایی. آندره، کارناس. گی، فونتن. رژه. درآمدی بر روان شناسی اجتماعی. ترجمه کتبی. مرتضی، تهران، نشر نی، ۱۳۷۹

۵. کار آلن. روانشناسی مثبت. ترجمه حسن پاشا شریفی، جعفرنجفی زند. تهران. انتشارات سخن. ۱۳۸۷ ص ۳۶.

۶. کریمی. یوسف. نگرش و تغییر نگرش. موسسه نشر ویرایش، ۱۳۸۷.

۷. مصطفی زاده ف، مشعوفی م، رستم نژاد م. بررسی نگرش پرسنل بهداشتی و زنان باردار نسبت به روش زایمان سزارین و طبیعی در سال ۱۳۸۳ در شهر اردبیل. زمستان ۱۳۸۵ دوره ششم، شماره چهارم، ص ۴۰۸-۴۰۳.

۸. راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان بیمارستان های دوستدار مادر به سفارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران چاپ اول تهران ۱۳۸۵

۹. والیانی م. در گزارش به حوزه معاونت درمان اصفهان ۱۳۸۸.

۱۰. راهنمای آموزش کلاس آمادگی برای زایمان، ویژه مادران و پدران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران .

۱۱. شکرانی فروشانی ص. **فرا تحلیل تحقیقات انجام شده در زمینه افسردگی پس از زایمان در ایران طی سال های ۱۳۸۴-۱۳۷۴** پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی گرایش آموزش مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی ۱۳۸۶.

Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, Kashanian M. **A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women.** J Midwifery Women's Health. ۲۰۰۵ Jul-Aug;۵۰(۴):e۳۶-۴۰.

Bond as T. **Finnish women's experiences of antenatal care.** Midwifery. ۲۰۰۲.

Burleson K, Rupert S, Wager J, Bågedahl-Strindlund M. **Personality disorder, psychiatric symptoms and experience of childbirth among childbearing women in Sweden.** Midwifery. ۲۰۰۷ Sep;۲۳(۳):۲۶۰-۸.

Burns JW, Higdon LJ, Mullen JT, Lansky D, Wei JM. **Relationships among patient hostility, anger expression, depression, and the working alliance in a work hardening program.** Ann Behav Med. ۱۹۹۹ Spring;۲۱(۱):۷۷-۸۲.

Compagne M D. **The obstetrician and depression during pregnancy.** European journal of obstetrics & Gynecology and reproductive Biology. ۲۰۰۴;۱۱۶:۱۲۵-۱۳۰.

Craft Lynette L. **"Exercise and clinical depression : examining two Psychological mechanisms "**. a study in a Turkish population. Midwifery. ۲۰۰۹ Aug;۲۵(۴):۳۴۴-۵۶.

Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. **Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "Coping with Depression" course thirty years later.** Clin Psychol Rev. ٢٠٠٩ Jul;٢٩(٥):٤٤٩-٥٨.

Diener E , **Subjective well being:** The science of Happiness and a proposal for a Nation Index American sychologist ٢٠٠٠;vol٥٥ p ٣٤-٤٤.

Dimond B.**LEGAL Aspects of Midwifery.**Third Edition. BUTTER WORTH,HEINEMANN. ELSEVIER.٢٠٠٦.

Escott D,et al. **The rang of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labor.** Midwifery. ٢٠٠٤; ٢٠:١٤٤-١٥٦.

Escott D,et al. **The rang of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labor.** Midwifery. ٢٠٠٤; ٢٠:١٤٤-١٥٦.

Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Deeds O, Figueiredo B. **Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression.** Infant Behav Dev. ٢٠٠٩ Dec;٣٢(٤):٤٥٤-٦٠.

Flynn HA, Blow FC, Marcus SM. **Rates and predictors of depression treatment among pregnant women in hospital-affiliated obstetrics practices.** Gen Hosp Psychiatry. ٢٠٠٦ Jul-Aug;٢٨(٤):٢٨٩-٩٥.

Fraser D M, Cooper M A.**MYLES text book for MIDWIVES.** ١٥<sup>TH</sup> ed. CHURCHILL LIVINGSTONE.٢٠٠٩.

Gürel S, Gürel H. **The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. ٢٠٠٠ Jul;٩١(١):٢١-٤.

Högberg U, Wang M. **Depression and pregnancy--may selective serotonin reuptake inhibitors be associated to behavioural teratogenicity? Comment on "The obstetrician and depression during pregnancy" by Campagne DM [Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol ١١٦ (٢) (٢٠٠٤) ١٢٥-٣٠].**

- Hotelling BA. Promoting Wellness in Lamaze Classes. J Perinat Educ. ٢٠٠٨ Summer; ١٢(٣):٤٥-٥٠.*
- Humenick SS, Howell OS. **Perinatal experiences: the association of stress, childbearing, breastfeeding, and early mothering.** J Perinat Educ, ٢٠٠٣ Summer; ١٢(٣):١٦-٢١.
- Hunter L. **Satisfaction and use of a spiritually based mantram intervention for childbirth-related fears in couples.** Applied nursing research. ٢٠٠٩.
- Inglehart R Cultore. **Shift in advanced industrial society Princeton Nj:** Princeton university Press. ١٩٩٩.
- Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: ٢٠٠٧ Mar; ١١(١):٦١-٧١.*
- Less C, Reynolds K, Cartan MC G. **The pregnancy Question & Answer book.** D K. ٢٠٠٢.
- Matthey S, Kavanagh DJ, Howie P, Barnett B, Charles M. **Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes.** J Affect Disord. ٢٠٠٤ Apr; ٧٩(١-٣):١١٣-٢٦
- McCrea H, Wright ME, Stringer M. **Psychosocial factors influencing personal control in pain relief.** Int J Nurs Stud. ٢٠٠٠ Dec; ٣٧(٦):٤٩٣-٥٠٣.
- Me lender H L. **Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland.** Journal of midwifery & women's health. ٢٠٠٢ August; ٤٧(٤).
- Morrell C J . **“Review of interventions to prevent or treat postnatal depression “** .Clinical Effective in Nursing, ٢٠٠٤ ; ٩٢٥: ١٣٥ -١٦١ .
- Munoz C, Argus J, Hager A, Sivertsen L. **Detection and treatment in the primary care setting.** The journal for nurse practitioners-jnp. ٢٠٠٤ April.

Muraven M, Gagné M, Rosman H. **Helpful Self-Control: Autonomy Support, Vitality, and Depletion.** J Exp Soc Psychol. ٢٠٠٨ May;٤٤(٣):٥٧٣-٥٨٥.

Or shun Susan A. "**Maternity ,Newborn & Women's Health Nursing**". Philadelphia :Lippincott Williams &Wilkins .٢٠٠٨ .

Pincus T, Williams AC, Vogel S, Field A. **The development and testing of the depression, anxiety, and positive outlook scale (DAPOS).** Pain. ٢٠٠٤ May;١٠٩(١-٢):١٨١-٨.

Reed J, Buck S. **The effect of regular aerobic exercise on positive-activated effect: A meta analysis .Psychology of sport and exercise.** ٢٠٠٩; ٥٨١-٥٩٤.

Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. **Postpartum depression and mother-infant relationship at ٣ months old.** J Affect Disord. ٢٠٠٢ Aug;٧٠(٣):٢٩١-٣٠٤.

Ryan RM, Frederick C. **On energy, personality, and health: subjective vitality as a dynamic reflection of well-being.** J Pers. ١٩٩٧ Sep;٦٥(٣):٥٢٩-٦٥.

*Salomonsson B, Wijma K, Alehagen S. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. Midwifery. ٢٠٠١ Sep ٥.*

Sanders LB. **Assessing and managing women with depression: a midwifery perspective.** J Midwifery Womens Health. ٢٠٠٦ May-Jun;٥١(٣):١٨٥-٩٢ .

Seligman M E ,Csikszentmihalyi ,**A positive psychology** :An introduction in American sychologist ٢٠٠٠;vol٥٥ p ٥-١٥.

Shulruf B, O,loughlin C, Trolley H. **Parenting education and support policies and their consequences in selected OECD countries.** Children and youth services review.٢٠٠٩;٥٢٦-٥٣٢.

Symons Downs D, Hausenblas HA. **Women's exercise beliefs and behaviors during their pregnancy and postpartum.** J Midwifery Womens Health. ۲۰۰۴ Mar-Apr;۴۹(۲):۱۳۸-۴۴.

**their pregnancy and postpartum.** J Midwifery Womens Health. ۲۰۰۴ Mar-Apr;۴۹(۲):۱۳۸-۴۴.

Thomas E, Joiner J, Jennifer J. **Exercise and depressive and anxious symptoms: What is the nature of their interrelation.** Journal of occupational rehabilitation. ۱۹۹۸:۸(۳).

*van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. J Affect Disord. ۲۰۰۹ Apr; ۱۱۴(۱-۳):۲۳۲-۴۲.*

Weier KM, Beal MW. **Complementary therapies as adjuncts in the treatment of postpartum depression.** J Midwifery Womens Health. ۲۰۰۴ Mar-Apr;۴۹(۲):۹۶-۱۰۴.

Woods S SM, et al. **psychosocial stress during pregnancy.** American journal of obstetrics& gynecology. ۲۰۰۹;۲۰۱.

Yevchack A M ,Loeb S J ,Fick D M .”**promoting Cognitive Health and vitality :A Review of Clinical Implication**”. Geriatric Nursing ,۲۰۰۸;۲۹(۵).

قسمت سوم - روش اجرای طرح

## روش اجرای طرح:

(نوع و جهت مطالعه، معیارهای قابل قبول ورود و خروج نمونه‌ها، روش نمونه‌گیری، محاسبه حجم نمونه، روش‌های جمع‌آوری اطلاعات، روایی و پایایی ابزار گردآوری داده‌ها، روش انجام کار مانند چگونگی توزیع و تکمیل پرسشنامه، نحوه آموزش، شرح مداخله یا تجویز دارو و ...، طرح تجزیه و تحلیل اطلاعات و ...)

## نوع پژوهش:

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی می‌باشد که اطلاعات به شکل مقطعی جمع‌آوری خواهد شد. بنابراین پژوهش دو گروهی، سه مرحله‌ای و چند متغیری می‌باشد.

**محیط پژوهش:** در این پژوهش، انتخاب محیط پژوهش بر اساس هماهنگی برای تشکیل کلاس‌ها و امکان دسترسی به نمونه‌ها، صورت می‌گیرد، و برای دو گروه کنترل و آزمون بیمارستان‌های بهشتی، عیسی بن مریم، قائم، امین و مراکز بهداشت ابن سینا، نواب، امیر حمزه که نمونه‌گیری در آنها صورت می‌گیرد و کلیه زایشگاه‌هایی می‌باشد که افراد مورد پژوهش در آنجا زایمان خواهند کرد.

**جامعه پژوهش:** کلیه زنان باردار ۲۰ هفته به بعد، مراجعه‌کننده به مرکز بیمارستانی امین، مراکز بهداشت ابن سینا، نواب، امیر حمزه می‌باشند.

**نمونه پژوهش:** واحد‌های پژوهش در این مطالعه افرادی از جامعه هستند که شرایط ورود به مطالعه را داشته باشند.

## حجم نمونه:

حداقل حجم نمونه، ۸۰ نفر برای گروه‌های کنترل و آزمون تعیین شد.

$$Z_{1-\alpha} = \text{ضریب اطمینان } ۹۵\% \text{ مطالعه} = ۱/۹۶$$

$$Z_{1-\beta} = \text{ضریب توان } ۸۰\% \text{ مطالعه} = ۰/۸۴$$

$$42 = 49 - 7 = \text{دامنه ی سرزندگی}$$

$$45 = 50 - 5 = \text{دامنه ی نمرات عاطفه مثبت}$$

$S =$  انحراف معیار (سرزندگی، عاطفه مثبت) عبارتست از  $\frac{1}{6}$  دامنه تغییرات (سرزندگی، عاطفه مثبت)

$$S = \frac{45}{6} = 8, d = 5$$

$$n = \frac{1003/5}{25} = 40$$

### روش نمونه گیری

روش نمونه گیری در این پژوهش در هر دو گروه بصورت انتخاب آسان می باشد. با توجه به محاسبه تعداد نمونه ها، زنان باردار ۲۰ هفته به بعد واجد شرایط مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی امین، ابن سینا، نواب و امیر حمزه بر اساس معیار های عدم ورود و ورود به مطالعه انتخاب می شوند. شماره پرونده های آنها (در هر مرکز بهداشتی درمانی) بر روی کارت های یک شکل نوشته میشود و درگلدانی ریخته می شوند. سپس اسامی که بصورت یکدر میان بیرون کشیده می شوند، نمونه های پژوهش را تشکیل میدهند که با روش تصادفی ساده به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم می شوند.

**معیارهای ورود به مطالعه:** زنان باردار ۲۰ هفته به بعد شکم اول و چند زا که تمایل به شرکت در پژوهش را داشته و یک حاملگی طبیعی بدون مشکل با معیارهای زیر داشته باشند:

۱. عدم مبتلا بودن به اضطراب و افسردگی و عدم مصرف داروهای روان گردان قبل از بارداری و در حین بارداری فعلی (بر اساس گفته بیمار و با استناد به تشخیص سلامت جسمی و روانی، پزشک در مانگه بامراجعه به پرونده بارداری وی).

۲. عدم وجود اختلالاتی نظیر پراکلامپسی، جفت سرراهی، علائم زایمان زودرس، چند قلبی و پیرگی کیسه آب و... که حاملگی را پرخطر مینماید.

۳. عدم ابتلا به استرس های غیر طبیعی ناشی از وقایع ناگوار زندگی مانند: فوت همسر، طلاق، جدایی و قهر با همسر، زندانی شدن، فوت یک عضو نزدیک خانواده، طبق مقیاس تعدیل شده ۵ آیتمی هولمز و راهه.

### معیارهای خروج از مطالعه:

۱. نارضایتی از ادامه همکاری با پژوهش به هر دلیلی و در هر مرحله از پژوهش .
۲. در صورتی که فرد مورد پژوهش سه جلسه یا بیشتر وهمسر او دو جلسه از کلاس ها غیبت کنند.
۳. به استرس های غیر طبیعی ناشی از وقایع ناگوار زندگی مانند: فوت همسر، طلاق، جدایی و قهر با همسر، زندانی شدن، فوت یک عضو نزدیک خانواده، طبق مقیاس تعدیل شده ۵ آیتمی هولمز و راهه، دچار شوند.
۴. بروز اختلالات حاملگی ذکر شده در معیارهای عدم ورود به مطالعه، در طول دوره پژوهش.
۵. ناهنجاری ها و مرگ جنین و نوزاد تشخیص داده شده

### ابزار گرد آوری داده ها :

در این پژوهش ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه می باشد که بوسیله مصاحبه و در ۳ مرحله، یکبار قبل از مداخله و دو بار بعد از آن (بعد از آخرین جلسه کلاس آموزشی و تادوهفته پس از زایمان) در گروه آزمون و کنترل همزمان تکمیل می گردد. پرسشنامه استفاده شده در این پژوهش شامل ۴ بخش ویژگی های فردی ( سن بارداری بر حسب هفته، شغل مادر و همسرش، میزان تحصیلات مادر و همسرش، سن مادر، تعداد زایمان)، ابزارهای سنجش سرزندگی، عاطفه مثبت و نگرش نسبت به نوع زایمان است. پرسشنامه سرزندگی توسط د سی و رایان (۱۹۸۵) ساخته شده و توسط فرحناز ابو القاسمی ۱۳۸۲ پایایی و اعتبار سنجی شده است) و دارای ۷ سؤال می باشد. که از یک، به معنی اصلا" درست نیست تا ۷ به معنی کاملا" درست است، نمره گذاری می شود. همه پرسشنامه ها در یک جهت نمره گذاری می شوند. نمره هر فرد در کل مقیاس سنجیده می شود. بنا بر این ا فرد با کمترین سرزندگی دارای نمره حداقل ۷، و بالاترین سرزندگی دارای نمره ۴۹ د رپرسشنامه می شوند.

پرسشنامه دیگر پاناس است که ویژگی های خلقی افراد را نشان می دهد. در پرسشنامه عاطفه مثبت ۱۰ صفت توسط آزمودنی در ۴ دوره گذشته حال و آینده و بطور کلی نمره گذاری می شود، و فرد در هر یک از این زمانها عددی را از ۱، به معنی کاملاً "متفاوت از من تا ۵، کاملاً" شبیه به من قرار می دهد. اجرای این پرسشنامه باید با آموزش همراه باشد، زیرا آزمودنی در طیف های لیکرتی مرسوم، باید علامتی را قرار دهد. در صورتی که در اینجا باید عددی را انتخاب کرده، و در محل مورد نظر به آن اشاره کند. در صورتیکه فرد دارای سواد اندکی باشد، آزمودنی به کمک مصاحبه پرسشنامه را پرمی کند. بنابراین برای عاطفه مثبت ۴ نمره برای گذشته، حال و آینده و بطور کلی بدست می آید. و افراد گزارش می دهند در زمان حال کدامیک از ویژگی ها را و به چه میزانی، دارا می باشند. پرسشنامه دیگر، مربوط به نگرش نسبت به نوع زایمان، محقق ساخته میباشد. که شامل ۸ سوال در حیطه های آموزش، نگرش و رفتار (۴ سوال آموزشی، ۲ سوال رفتاری و ۲ سوال نگرشی) می باشد. ابزار دیگر چک لیستی شامل ۵ مورد از مقیاس سنجش استرس هولمز و راهه میباشد که شامل فوت همسر، طلاق، جدایی و قهر با همسر، زندانی شدن، فوت یک عضو نزدیک خانواده است (در ۶ ماه اخیر) و توسط پژوهشگرویا همکاران طرح، پرسیده میشود تا وجود استرس های غیر طبیعی در افراد مورد پژوهش رد شود. جهت یکسان نمودن کار پژوهشگر و همکاران (۲ کارشناس مامایی که دارای گواهینامه گذراندن دوره کلاس های آمادگی زایمان می باشند و همه، در یک دوره آموزش دیده اند) جلسه ای توجیهی با حضور هر ۴ نفر برگزار می شود و کلیه نکات لازم برای انجام یکسان و همزمان کلاسها بررسی و ارزیابی خواهد شد.

اعتبار و اعتماد علمی ابزار گردآوری اطلاعات:

پرسشنامه سرزندگی که توسط دسی و رایان در سال ۱۹۸۵ ساخته شده و در ایران توسط فرحناز ابوالقاسمی در سال ۱۳۸۲ پایایی و اعتبار سنجی شده است پایایی این مقیاس ۷۹٪ به دست آمد. پرسشنامه دیگر پاناس می باشد که توسط واتسون و لنحن و حکارک ۱۹۸۸ ساخته شده است. و پایایی و اعتبار آن در ایران توسط سهرابی ۱۳۸۱ با پایایی ۸۵٪ و ابوالقاسمی در سال ۱۳۸۲ با پایایی ۵۹٪ تأیید گردیده (ابوالقاسمی، ۱۳۸۲). پرسشنامه دیگر، مربوط به نگرش نسبت به نوع زایمان محقق ساخته میباشد، که اعتبار یابی آن توسط نفر ۱۰ از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی و دانشکده های داروسازی، روانشناسی و علوم تربیتی از طریق اعتبار محتوی انجام میشود، و بعد از آن با

استفاده از تعیین ضریب آلفای کرونباخ (با تعیین نمرات ۷/ به بالا سوالات پذیرفته میشوند)، پایایی آن مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

#### ۶. روش اجرای طرح:

پس از انجام هماهنگی لازم با ریاست و معاونت محترم پژوهشی و کسب مجوز رسمی از ایشان جهت انجام نمونه گیری در مراکز مورد نظر، پس از ورود به محل و معرفی خود و توضیح نحوه ی کار در آن مرکز به مسئول ذی ربط ، نمونه گیری انجام میشود . تعداد افراد پژوهش طبق فرمول تعداد نمونه ۸۰ (آزمون و کنترل ) است که با توجه به احتمال ریزش نمونه ها، ۱۰ نفر بیشتر وارد مطالعه می شوند. شماره پرونده‌های (در هر مرکز بهداشتی درمانی) زنان بارداری که معیار های ورود به مطالعه را دارند، بر روی کارت های یک شکل نوشته میشود و در گلدانی ریخته می شوند. سپس اسامی که بصورت یکدر میان بیرون کشیده می شوند، نمونه های پژوهش را تشکیل میدهند و با روش تصادفی ساده به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم می شوند. لازم به ذکر است که تمام قرعه کشی ها در مرکز مختلف با حضور پژوهشگر انجام می شوند. سپس با گروه آزمون تماس برقرار میشود و ضمن توضیح مختصر و مفید از روش و اهداف کلاسها از آنها به اتفاق یک همراه زن (که قرار است در کلاس ها هم شرکت کنند) و شوهرانشان دعوت می شود که در یک جلسه توجیهی پرسش و پاسخ شرکت کنند. در جلسات مورد نظر (در مراکز مختلف) پژوهشگر به همراه یکی از سه همکار خود حضور یافته و ابتدا خود را به واحدهای پژوهش معرفی کرده و سپس توضیحات کاملی در مورد اهداف پژوهش، نحوه ی مداخله و مدت زمان انجام آن و موارد خروج از مطالعه ارائه داده و به آنها اطمینان داده می شود که هر زمان، و به هر دلیلی که مایل به ادامه همکاری با طرح نباشند می توانند ادامه ندهند، ولی درعین حال در کلاسها شرکت کنند. بعد از ارزیابی گروه آزمون با مقیاس تعدیل شده، ۵ آیتمی هولمز و راهه، در صورتیکه دچار استرس غیر طبیعی نباشند، وارد پژوهش می شوند. و نهایتاً فرم رضایتنامه کتبی توسط آنها پر می شود. از همسران افراد پژوهش دعوت میشود که در جلسات سوم و هشتم که بخش تئوری در باره بهداشت روان و بهداشت نوزاد و شیردهی و راهنمایی در جهت انتخاب بیمارستان میباشد، حضور یابند. زمان و مکان برگزاری کلاس ها در این جلسه اعلام می شود و با گرفتن شماره تلفن از آنها و پاسخ به پرسش های افراد پژوهش و همراهانشان جلسه خاتمه می یابد. این کلاس ها در بیمارستان های بهشتی، عیسی بن مریم، قائم، امین هر دو هفته یکبار از هفته ۳۷-۲۰ و بمدت ۸ جلسه ، با تعداد حداکثر ۱۰ نفر زن باردار (و همراهشان) به مدت ۱/۵ ساعت

تشکیل می شوند(وزارت بهداشت) که شامل ۵دقیقه سلام واحوال پرسی ،۳۰ دقیقه تئوری ، ۱۰دقیقه پرسش و پاسخ و ۲۰ دقیقه تمرینات بدنی و۱۵-۱۰ دقیقه تن آرامی و۱۵تا۱۰ دقیقه آخر به پخش فیلم ،تور بازدید ازاتاق زایمان و پرسش و پاسخ اختصاص دارد .در شروع کلاس قلب جنین با سونی کیت شنیده می شود وفشار خون واحد های پژو هش اندازه گیری می گردد قلب جنین یک بار دیگر در پایان کلاس شنیده می شود. محتوای آموزشهای دوران بارداری در هر جلسه شامل، آگاهی از وضعیت لگن و بهداشت فردی در جلسه اول ، تغذیه در بارداری در جلسه دوم ، بهداشت روان در جلسه سوم ، علائم هشدار دهنده و روشهای کاهش درد زایمان درجلسه چهارم ،برنامه ریزی و انتخاب روش مناسب زایمان درجلسه پنجم ، مراحل زایمان درجلسه ششم ، دوره پس از زایمان وتنظیم خانواده درجلسه هفتم ،بهداشت نوزاد وشیردهی وراهنمایی در جهت انتخاب بیمارستان درجلسه هشتم میباشد. مادران در زمان انجام تمرینات بدنی لباس های راحت می پوشند و به مدت ۲۰ دقیقه در مکان مناسب، همراه با آموزش دهنده به تمرینات بدنی می پردازند،سپس در حالت راحت دراز میکشند وتمرینات آرام سازی را هم گام با مربی انجام میدهند ، وبدین ترتیب یک جلسه کلاس تمام میشود .به مادران وهمراهانشان توصیه می شود که تمرینات ورزشی وآرام سازی را در خانه به همین ترتیب روزانه انجام دهند، و هر دو روز، یکبار با مادران تماس تلفنی گرفته می شود و ضمن احوال پرسی جهت انجام تمرینات در خانه تشویق می شوند. پرسشنامه اول گروه آزمون، در اولین جلسه ای که تشکیل می شود، قبل از شروع کلاس تکمیل می گردد.و مادران طبق برنامه ذکر شده در بالا، در کلاس ها حاضر شده وبرنامه ها طبق برنامه زمان بندی، انجام خواهند شد. برای مادرانی که ازیک جلسه کلاس غیبت میکنند موارد آموزشی، تئوری گذرانده شده در آن جلسه، در حضور بعدی برایشان تکرار میشود . ولی اگر زمان غیبت از سه جلسه بیشتر شد، ضمن ادامه دادن به کلاس از مطالعه خارج می شوند. پرسشنامه بار دوم بعد از برگزاری هشتمین جلسه کلاس، در آخر همان جلسه، تکمیل می گردد.نوبت سوم تکمیل پرسشنامه پس از زایمان(تا دوهفته بعد) تلفنی وبازمانی که جهت انجام اولین مراقبت از نوزاد به مراکز بهداشت مراجعه می کنند انجام می شود. ارزیابی گروه کنترل با مقیاس تعدیل شده، ۵ آیتمی هولمزوراهه، همزمان با تکمیل مرحله اول پرسشنامه دراولین زمانی(همزمان با گروه آزمون) که جهت شرکت در کلاس های روتین به مرکز بهداشتی منتخب مراجعه کنند، انجام می گردد.همزمان با تکمیل دومین نوبت پرسشنامه گروه آزمون، گروه کنترل نیز( با همکاری مسئول مرکز بهداشت ویا بیمارستان) برای شرکت در کلاس های روتین، که در آن آموزش بهداشت

نوزاد و شیردهی و راهنمایی در جهت انتخاب بیمارستان ارائه می شود، دعوت می شوند ضمن برگزاری کلاس، پرسشنامه نوبت دوم آنها تکمیل می گردد. جهت قدردانی از زحمات گروه کنترل، فیلم ویا پمفلت راجع به شیر دهی، ماساژو یا تغذیه کودک در اختیارشان قرارمیگیرد. در صورت لزوم، شماره تلفن همراه شان یادداشت می گردد. و از آنها خواسته می شود که بعد از زایمان نیز جهت پر کردن نوبت سوم پرسشنامه با طرح همکاری کنند.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

داده های این پژوهش در مجموع از نوع کیفی و کمی بوده و با مقیاس اسمی و نسبی سنجیده شده و از روش های آمار توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده می شود. به منظور تجزیه و تحلیل اهداف ویژه ازهدف اول تا ششم، شامل نمرات سرزندگی، عاطفه مثبت ونگرش نسبت به نوع زایمان که از نوع کمی پیوسته هستند، از روش **repeated measure of an ova** و به منظور تجزیه و تحلیل سوال پژوهش، در مورد یکسان سازی گروه ها، جهت مقایسه سن بارداری، سن مادروپاریتی از آزمون تی مقایسه ای و برای مقایسه میزان تحصیلات مادر وهمسر، شغل مادر وهمسر از آزمون آماری کای اسکوار استفاده می شود.

ملاحظات اخلاقی:

۱) هماهنگی لازم با ریاست و معاونت محترم پژوهش مراکز مورد نظر به منظور نمونه گیری در آن مرکز و ارائه معرفی نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به ایشان .

۲) شرح کامل اهداف پژوهش و روش کار به مسئولین مراکز و کلیه واحد های پژوهش به صورت کتبی و شفاهی .

۳) اخذ رضایت کتبی از واحد های مورد پژوهش قبل از ورود به پژوهش .

۴) احترام به واحد های مورد پژوهش واطمینان دادن به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعات .

۵) تحویل خلاصه نتایج به مسئولین محترم مراکز بهداشتی ،درمانی در صورت درخواست ایشان .

۶) اختیار و آزادی کامل نمونه ها در هر مرحله از اجرای کار برای ادامه یا انصراف از همکاری

جدول زمانی مراحل اجرا و پیشرفت کار

ردیف	نوع فعالیت	فرد مسئول	زمان اجرا (ماه)															
			طول مدت به ماه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱				
۱	تهیه پروپوزال																	
۲	نمونه گیری																	
۳	تجزیه و تحلیل داده ها																	
۴	آماده کردن پایان نامه																	
۵																		

جمع کل: ماه

جدول متغیرها:

نام متغیر	نقش متغیر	نوع متغیر		روش اندازه گیری
		کمی	کیفی	
نگرش	وابسته	×		پرسشنامه
عاطفه مثبت	وابسته	×		پرسشنامه
سرزندگی	وابسته	×		پرسشنامه

	درجه ای				
پرسشنامه	هفته			×	سن بارداری بر حسب هفته زمینه ای
پرسشنامه			×		شغل مادر زمینه ای
پرسشنامه			×		شغل همسر زمینه ای
پرسشنامه			×		میزان تحصیلات مادر زمینه ای
پرسشنامه			×		میزان تحصیلات همسر زمینه ای
پرسشنامه	سال			×	سن مادر زمینه ای
پرسشنامه				×	پاریتی زمینه ای

قسمت چهارم - اطلاعات مربوط به هزینه‌ها

۴-۱. آیا برای این طرح از سازمانهای دیگر نیز درخواست اعتبار شده است؟ بلی / خیر

۴-۲. هزینه‌های حق الزحمه تحقیقاتی با ذکر مشخصات کامل و میزان اشتغال هر یک و حق الزحمه آنها:

نوع فعالیت پرسشگر	تعداد افراد	درجه تحصیلی	مجموع ساعات	حق الزحمه در ساعت	جمع (ریال)
جمع هزینه‌های حق الزحمه تحقیقاتی					

۴-۳. هزینه آزمایشات و خدمات تخصصی:

موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات	هزینه برای هر دفعه	جمع (ریال)
جمع هزینه‌های آزمایشات و خدمات تخصصی				

۴-۳. فهرست وسایل و موادی که باید از اعتبار این طرح از داخل یا خارج کشور خریداری شود:

نام دستگاه و یا مواد	شرکت سازنده یا فروشنده	کشور	مصرفی یا غیر مصرفی	تعداد یا مقدار لازم	قیمت واحد	قیمت کل
جمع کل						

۴-۵. هزینه مسافرت:

مقصد	دفعات مسافرت و منظور آن	نوع وسیله نقلیه	تعداد افراد	هزینه به ریال
جمع کل				

۴-۶. هزینه‌های دیگر: هزینه تکثیر نشریات کتب و پرسشنامه‌ها ریال

تایپ و تکثیر و صحافی پایان نامه = ریال

۴-۷ جمع هزینه‌های طرح :

	الف) جمع هزینه حق الزحمه تحقیقاتی
	ب) جمع هزینه‌های آزمایشات و خدمات تخصصی
	پ) جمع هزینه‌های مسافرت
	ت) جمع هزینه‌های وسایل و مواد:
	ث) جمع هزینه‌های دیگر:
ریال	جمع کل:

۴-۸ مبلغی که از منابع دیگر کمک خواهد شد و نحوه مصرف آن:

۴-۹ باقیمانده هزینه‌های طرح که تامین آن درخواست می‌شود:

نام و امضای مجری اصلی طرح

مشکلات اجرایی در انجام طرح و روش حل مشکلات :

۱. ...

پیشنهادات و کاربرد یافته‌های طرح :

۱. ...

---

### ضمائم

۱. در صورت نیاز به اخذ رضایت نامه کتبی از واحدهای مورد پژوهش، نمونه ای از فرم مذکور ضمیمه گردد.

۲. در صورتی که روش و یا ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و یا چک لیست می‌باشد لطفاً نمونه ای از آن ضمیمه شود.

۳. در صورت نیاز موافقت کتبی محیط پژوهش اخذ و ضمیمه گردد.

۴. در مورد مجریان خارج دانشگاهی، لطفاً CV علمی مجری ضمیمه گردد.