



Effect of Individual Counseling on the Participation Rate of Pregnant Mothers in Decision Making on the Treatment Process: Clinical Trial

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Nasiri R.¹ MSc,
Ranjesh F.¹ MSc,
Olfati F.*¹ PhD,
Mafi M.¹ MSc

How to cite this article

Nasiri R, Ranjkesh F, Olfati F, Mafi M. Effect of Individual Counseling on the Participation Rate of Pregnant Mothers in Decision Making on the Treatment Process: Clinical Trial. Iran Journal of Education and Community Health. 2019;6(2):119-125.

¹Midwifery Department, Nursing & Midwifery Faculty, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

*Correspondence

Address: Midwifery Department, Nursing & Midwifery Faculty, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. Postal Code: 3419759811
Phone: +98 (28) 33338034
Fax: +98 (28) 33237268
papoy6olfati@yahoo.com

Article History

Received: January 6, 2019
Accepted: March 9, 2019
ePublished: June 20, 2019

ABSTRACT

Aims Due to the high sensitivity of pregnancy and the vulnerability of mothers during this period, their participation in clinical decisions is very important. Therefore, this study aimed to investigate the effect of individual counseling on the participation of pregnant mothers in decision making on the treatment process.

Materials & Methods This clinical trial study was carried out on 190 pregnant women who referred to Kosar medical-education center in Qazvin in 2018. The subjects were selected by purposive sampling method and randomly assigned to the experimental and control groups (n=20 in each group). The intervention was conducted in one 60-minute individual counseling session for the experimental group. The research tool was shared decision-making questionnaire (SDM-Q-9). Data were analyzed using SPSS 23 software, through independent t-test, paired t-test, and Chi-squared test.

Findings There was a significant difference between the mean scores of participation of the pregnant mothers before and after intervention in the experimental group (p<0.001) but there was no significant difference between the mean scores of the pregnant women involvement before and after intervention in the control group (p>0.05). Also, before the intervention, comparison of the mean scores of the pregnant mothers' involvement in decision making between the two groups showed no significant difference but after the intervention, a significant difference between two groups was observed (p<0.001).

Conclusion Individual counseling is an effective and appropriate intervention to increase the participation rate of pregnant mothers in decision making in the treatment process.

Keywords Counseling; Patient Participation; Decision Making; Mothers

CITATION LINKS

[1] An Iranian perspective on patients' ... [2] Physician and ethical ... [3] Review of revolution of patient's ... [4] Patients' participation in health care decision ... [5] Patient-centredness in chronic illness... [6] Evidence-based patient choice: inevitable ... [7] Shared decision making in the ... [8] Should patient decision aids (PtDAs) be ... [9] Patient and public involvement in health ... [10] Mortality among patients with acute ... [11] Relationship between patient ... [12] Patients' perceptions of hospital cleanliness ... [13] Ministry strategic ... [14] Elektronisk «Legemidler i bruk»-et blikk inn i fremtiden ... [15] An integrative model of shared decision making ... [16] Development and first validation of the shared ... [17] Nurses' information and their view points about patient's rights ... [18] Some limits of informed ... [19] Patients' satisfaction of observing patients' right charter ... [20] Why women do not accept randomisation for place ... [21] Women's expectations of maternity services: a community-based ... [22] Women want proactive psychosocial support from ... [23] Women's perceptions and experiences of a traumatic birth ... [24] Supporting shared decisions when clinical ... [25] Supporting informed consumer health care decisions: data ... [26] De participerende patient ... [27] Policy and practice developments in the ... [28] Implementing shared decision making ... [29] Crossing the quality chasm: a new health ... [30] User engagement in the delivery and ... [31] Patient engagement and shared ... [32] High risk pregnancy: management ... [33] ACOG Committee Opinion #321: maternal ... [34] Effect of child birth preparation classes on empowering ... [35] Studying patient participation in controlling ... [36] Fundamental of nursing: the ... [37] Effect of progressive muscle ... [38] Applying decision analysis to facilitate informed ... [39] The 9-item Shared Decision Making Questionnaire... [40] Participation rate of cancer patients ... [41] Process of translation and adaptation ... [42] The effect of decision aid's package in ... [43] Decision aids to improve informed ... [44] Assisting informed decision making ... [45] Patient involvement in safe ...

اثر مشاوره فردی بر میزان مشارکت مادران باردار در تصمیم‌گیری بر روند درمان: کارآزمایی بالینی

راشین نصیری MSc

گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

فاطمه رنجکش MSc

گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

فرزان الفتی PhD

گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

مریم مافی MSc

گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

چکیده

اهداف: حساسیت زیاد دوره بارداری و آسیب‌پذیری مادران در این دوران بر اهمیت شرکت آنان در تصمیمات بالینی می‌افزاید. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر مشاوره فردی بر میزان مشارکت مادران باردار در تصمیم‌گیری در مراحل درمان انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۷، تعداد ۱۹۰ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-درمانی کوثر شهرستان قزوین به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به روش تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۹۵ نفر) قرار گرفتند. مداخله به صورت یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مشاوره فردی برای گروه آزمون برگزار شد. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه مشارکت در تصمیم‌گیری کریستون و همکاران بود. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 23 و با استفاده از آزمون‌های T مستقل، زوجی و مجدور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بین میانگین نمرات میزان مشارکت مادران قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0.001$)، اما در گروه کنترل میانگین میزان مشارکت مادران قبل و پس از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($p > 0.05$). همچنین قبل از مداخله میانگین میزان مشارکت بین گروه آزمون و کنترل از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p > 0.05$)، اما پس از مداخله این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: مشاوره فردی، مداخله موثر و مناسبی برای ارتقای میزان مشارکت مادران باردار در تصمیم‌گیری برای مراحل درمان است.

کلیدواژه‌ها: مشاوره، مشارکت، تصمیم‌گیری، مادر باردار

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۱۸

نویسنده مسئول: papoy6olfati@yahoo.com

مقدمه

انسان دارای ابعاد گوناگون جسمی، روحی، اجتماعی و معنوی است که در هنگام سلامت و بیماری دارای حقوق معینی است [1]. احترام به این حقوق در نظام سلامت، از اهمیت فراوان برخوردار است [2]. براساس منشور حقوق بیمار در ایران، بایستی حق بیمار در انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه در دریافت خدمات نظام سلامت محترم شمرده شود و تیم درمان باید پس از دادن اطلاعات لازم به بیمار، به وی فرصت کافی برای مشارکت داوطلبانه در روند درمان را بدهند [3]. تصمیم‌گیری مشارکتی به‌عنوان استاندارد اخلاقی و معنوی در تصمیم‌گیری‌های پزشکی به رسمیت شناخته شده است، به‌طوری که برای احترام به استقلال بیمار و به‌خصوص در مواجهه با تصمیم‌گیری‌های پیچیده، ضروری است [4]. مشارکت در

حیطه‌های مختلف علمی، معانی متفاوتی از درگیر شدن، سهیم شدن، شرکت کردن، همکاری کردن و شریک شدن دارد [5]. مطالعات مختلف نشان داده که بیماران ترجیح می‌دهند در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی‌شان سهیم باشند [6, 7]. شرط اول برای مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی، داشتن اطلاعات کافی از روش‌ها و اقدامات پزشکی است [8].

مشارکت بیماران در سلامتی منجر به رضایت و اعتماد بیشتر، کاهش اضطراب و استرس و درک بیشتر از نیازهای فردی شده، همچنین رابطه تیم درمانی و کارکنان بهداشتی با بیمار را بهتر و کارآمدتر ساخته و اثرات دایمی بر سلامت می‌گذارد [9]. بالابودن میزان مشارکت بیماران از ارکان مراقبت با کیفیت بالا در نظر گرفته می‌شود و شواهد نشان می‌دهد که در موسسات بیمارمحور فواید عمده‌ای داراست. پیامدهای آن شامل کاهش مرگ‌ومیر [10]، کاهش طول مدت بستری [11] و کاهش میزان عفونت [12] است.

همکاری فعال بین پزشک و بیمار اخیراً تحت مطالعات SDM (مشارکت در تصمیم‌گیری) مورد توجه قرار گرفته است. یافته‌های مطالعات نشان دادند که کادر بهداشت و درمان می‌توانند مهارت لازم را بیاموزند و باعث افزایش بیشتر سهم بیماران در درگیر شدن در روند درمان و تصمیمات درمانی خود شوند [13-15]. طبق گفته چارلز، تصمیم‌گیری مشارکتی به معنی وجود حداقل دو نفر سهیم در تصمیم‌گیری مراحل درمانی است که در آن هر دو بخش با هم اطلاعات کلیدی در مورد برنامه‌های مختلف درمانی را رد و بدل می‌کنند. این مرحله، قبل از این که با هم روی بهترین گزینه درمانی به توافق برسند انجام می‌گیرد [16].

به‌رغم تصویب منشور حقوق بیمار توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۱ هنوز این حقوق به‌درستی شناخته و پذیرفته نشده است [17]. در اغلب مواقع اعضای تیم درمان به‌تنهایی برای بیمار تصمیم‌گیری کرده و او نیز با اعتماد به آنها این تصمیم‌گیری را می‌پذیرد [18]. برخی مطالعات نشان می‌دهد که استقلال بیماران طی مراقبت‌های پرستاری رعایت نمی‌شود و آنان در فرآیند تصمیم‌گیری درمانی شرکت داده نمی‌شوند [4]. بیشترین میزان مشارکت گزارش شده توسط بیماران در مطالعه داد/اشی و همکاران بود که در آن ۶۰٪ بیماران ابراز کردند که در تصمیم‌گیری‌های درمانی شرکت داده شده‌اند [19].

مشارکت مادران باردار در تصمیم‌گیری‌های درمانی روند رو به رشد دارد و مادران انتظار دارند که در این مرحله مهم از زندگی خویش در تصمیمات درمانی خود نقش داشته باشند [20, 21]. این به‌دلیل مسئولیتی است که در قبال سلامتی خود و کودکشان احساس می‌کنند [22]. درگیری در تصمیمات درمانی تاثیر مثبت در تجربه زایمان و رضایت آنها دارد [23]. زنان به مراقبان بهداشتی خود به چشم حامیان خود برای تصمیم‌گیری‌های بهداشتی می‌نگرند. مراقبان بهداشتی نقش مهمی در کمک به زنان برای به‌دست آوردن اطلاعات و تغییر و تحول و تفسیر اطلاعات ایفا می‌کنند [22, 24, 25]. اما مراقبان بهداشتی در مورد بهترین راه برای مشارکت مادران باردار در تصمیم‌گیری‌های درمانی‌شان اطلاعات کمی دارند. مدل SDM از مشارکت مادران باردار در تصمیمات درمانی حمایت گسترده‌ای می‌کند [26-29]. ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت از مادران می‌توانند زنان را در بسیاری از تصمیماتی که طی بارداری و زایمان با آن روبرو هستند حمایت و با آنها مشاوره کنند تا زنان قادر باشند گزینه‌های درمانی را با مسئولیت خودشان انتخاب نمایند. پذیرش حرفه‌ای SDM در مراقبت از مادران در حال گسترش است [30, 31].

برای هر گروه ۹۵ نفر وارد مطالعه شدند. برای تعیین گروه‌های آزمون و کنترل از روش تخصیص تصادفی استفاده شد؛ بدین معنی که از قبل، برای دو گروه اسامی A و B در نظر گرفته شد. حروف به تعداد شرکت‌کنندگان روی تکه‌های کاغذ یک‌شکل و تکرارده نوشته شد و از طریق قرعه‌کشی، افراد بدون جایگزینی کاغذها را برداشتند، سپس توالی ایجاد شده ثبت شد. بدین طریق مادران باردار، به دو گروه ۹۵ نفری آزمون (گروهی که مشاوره دریافت کردند) و کنترل (گروهی که مشاوره دریافت نکردند) تقسیم شدند.

این مطالعه پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین به شماره IR.QUMS.REC.1397.042 و ثبت در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی به شماره IRCT20180508039583N1 انجام شد. افراد مورد پژوهش پس از دادن آگاهی کامل از پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی و تمایل به شرکت، وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها، چک‌لیستی شامل دو بخش اطلاعات جمعیت‌شناختی و اطلاعات بارداری بود. روایی چک‌لیست به روش روایی محتوی با نظر ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی گروه پرستاری و مامایی دانشکده تعیین شد.

همچنین به منظور بررسی میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری از پرسش‌نامه SDM-Q-9 استفاده شد. این ابزار شامل ۹ آیتم و هر کدام حاوی ۶ گزینه به ترتیب از "کاملاً مخالفم" با نمره صفر تا "کاملاً موافقم" با نمره ۵ است. ابزار مورد نظر توسط کریستون و همکاران در آلمان روان‌سنجی شد [39]. روان‌سنجی این ابزار در مراحل روایی صوری و محتوی و تحلیل عاملی و پایایی انجام گرفت. همبستگی کلی سئوال‌ات بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۴ و همبستگی درونی سئوال‌ات با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد. مجموع امتیازات از ۹ آیتم از حداقل صفر و حداکثر ۴۵ است و امتیاز مساوی و کمتر از ۲۱ مشارکت ضعیف، امتیاز ۲۲ تا ۳۱ مشارکت متوسط و امتیاز ۳۲ و بالاتر مشارکت خوب تعریف شد [40].

از آنجایی که این ابزار برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفت، برای تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه مذکور اقدامات ذیل به استناد پروتکل پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی [41] انجام شد: با طراح اصلی ابزار مکاتبه شد و مجوز برای ترجمه ابزار به فارسی اخذ شد. پس از ترجمه، بازترجمه توسط دو متخصص زبان و یک متخصص بهداشت باروری و مامایی انجام گرفت. تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی (روایی صوری و محتوی) به روش کیفی بود. چون پرسش‌نامه فقط ۹ سنجه داشت، از روایی سازه استفاده نشد؛ یعنی پس از ترجمه، توسط ۵ نفر از متخصصان گروه مامایی از لحاظ روایی صوری و محتوی مورد تایید قرار گرفت. روایی صوری از لحاظ مطلوب بودن عبارت از لحاظ وضوح و عدم به‌کارگیری واژه‌های تخصصی مورد تایید واقع شد. همچنین برای دریافت نظرات گروه هدف، با ۱۰ نفر از آنها از لحاظ بررسی دشواری در درک عبارات و کلمات، تناسب و ارتباط مطلوب سنجه‌ها، احتمال وجود ابهام و برداشت‌های نارسا از عبارات یا وجود نارسایی در معانی کلمات مصاحبه انجام شد. برای روایی محتوی شاخص‌های دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، اهمیت سنجه‌ها، قرارگیری آنها در جای مناسب خود مورد توجه قرار گرفت. همچنین در بررسی پایایی ابزار در مطالعه حاضر به روش آلفای کرونباخ میزان پایایی ۰/۹۶ و به روش بازآزمون نیز ضریب

بارداری یک فرآیند فیزیولوژیک منحصربه‌فرد و طبیعی در زندگی زنان است، گاهی وجود بیماری‌های زمینه‌ای یا بیماری‌های غیرمنتظره در مادر یا جنین می‌تواند بارداری را بی‌عجز و همراه با عوارض ناخواسته و در نهایت نیازمند دریافت درمان‌ها و مراقبت‌های پزشکی نماید [32].

کمیته اخلاق و حقوق بهداشت باروری کنفدراسیون زنان و مامایی اعلام نموده است که یکی از حقوق زنان باردار داشتن آگاهی کامل از مزایا و معایب روش‌های درمانی مختلف و شرکت در روند تصمیم‌گیری درمان و مراقبت است. از دیگر حقوق زنان باردار این است که تیم درمان کلیه اطلاعات لازم در زمینه تصمیم‌گیری‌های تشخیصی و درمانی از جمله مزایا و عوارض درمان انتخابی را به‌وضوح در اختیار آنان قرار بدهند [33]. مداخله آموزشی در مادران باردار باعث کاهش مدت بستری در بیمارستان، افزایش زایمان طبیعی، کاهش مشکلات دوران بارداری و افزایش رضایتمندی در مادران باردار شده است [34].

مشارکت بیمار به‌صورت یک پیوستار از رویکرد مشتری‌گرایانه تا رویکرد دموگرافیک توصیف می‌شود و چهار وضعیت در انتقال قدرت به بیمار در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی بیان شده که شامل (۱) دادن اطلاعات به بیمار، (۲) مشاوره‌دادن، (۳) درگیرکردن بیمار در تصمیم‌گیری‌ها و (۴) اختیار دادن به بیمار است [35]. آموزش و مشاوره دو جزء از نقش‌های اصلی تیم سلامت است؛ با این وجود، کمتر به آن پرداخته می‌شود [36]. در واقع مشاوره رابطه‌ای تخصصی و پاورانه فردی یا گروهی است که مراجع با کمک مشاور می‌تواند تصمیم مناسب و معقولی اتخاذ کند و هماهنگ با خواسته‌هایش به زندگی سالمی ادامه دهد [37].

با توجه به اهمیت دوران بارداری و آسیب‌پذیر بودن مادران باردار، همچنین تعداد زیاد مراجعان باردار در درمانگاه‌های زنان و مامایی و به‌منظور افزایش رضایتمندی مادر باردار و ارتقای کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری، مداخله مناسب آموزشی و مشاوره‌ای توسط کارکنان مامایی ماهر ضروری به نظر می‌رسد تا مادران با تصمیم‌گیری مناسب مشارکت لازم را در روند درمان خود داشته باشند. لذا، این پژوهش با هدف بررسی تاثیر مشاوره فردی مبتنی بر آموزش بر میزان مشارکت مادران باردار در امر تصمیم‌گیری در مراحل درمان انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی تصادفی شده شاهددار است که در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه پژوهش، مادران باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه مرکز آموزشی-درمانی کوثر شهرستان قزوین بودند که از بین آنها مادران بارداری که شرایط ورود به پژوهش را داشتند به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه شامل حاملگی ۱۰ تا ۳۶ هفته، تمایل به شرکت در پژوهش و نداشتن سابقه اختلالات اعصاب و روان (خوداظهاری) و معیار خروج از مطالعه شامل مادران باردار نیازمند به ارجاع فوری، مادران باردار با شکایت درد زایمان و مادران باردار بدون هشیاری لازم بود.

برآورد حجم نمونه با توجه به مقاله ارایه‌شده توسط هیلاری بکر در سال ۲۰۰۴ [38] و با توجه به میانگین به‌دست‌آمده در دو گروه کنترل و آزمون ($3/94 \pm 1/36$ و $3/77 \pm 0/43$) و $\alpha = 0/05$ و $\beta = 0/2$ ، برای هر گروه ۸۶ نفر تعیین شد و حجم نمونه نهایی ۱۷۲ نفر برآورد شد که با احتساب ۱۰٪ ریزش نمونه ۱۹۰ نفر در نظر گرفته شد. بنابراین

مداخله به صورت مشاوره فردی ضمن هماهنگی با مسئول درمانگاه در اتاقی از درمانگاه که موقتاً برای مشاوره در نظر گرفته شده بود، انجام شد. مشاوره برای گروه آزمون در یک جلسه حداکثر ۶۰ دقیقه‌ای بعد از انجام ویزیت توسط متخصص انجام گرفت. در جلسه مشاوره، پژوهشگر در ابتدای جلسه موضوع را مشخص نموده و پس از ارایه اطلاعات در مورد موضوع به زبانی ساده، از طریق سؤال کردن و نظرخواهی، بیمار را وارد بحث نموده و بدین وسیله نیازها و مشکلات وی مشخص شد. سپس با همکاری و مشارکت فعال بیمار، در مورد عملکرد و شیوه درست حل مشکل و انجام اصلاحات مورد نیاز توضیحات لازم داده شد تا بیمار بتواند تصمیم درستی اتخاذ کند. حوزه‌های تصمیم‌گیری برای مادران، آزمون‌های سلامت جنین و غربالگری‌های بارداری و سونوگرافی‌ها بود.

بعد از توضیح اهداف مطالعه، چک‌لیست مربوط به اطلاعات فردی اجتماعی و بارداری و فرم رضایت آگاهانه توسط مادرانی که توسط متخصص مورد معاینه قرار گرفتند، تکمیل شد. قبل از مداخله هر دو گروه کنترل و آزمون پرسش‌نامه مشارکت در تصمیم‌گیری را تکمیل کردند. برای گروه کنترل یک جلسه مشاوره با مراقبت‌های معمول و مشاوره در خصوص تغذیه دوران بارداری (پلاسبو) انجام شد. گروه آزمون علاوه بر دریافت مراقبت‌های معمول و مشاوره تغذیه دوران بارداری، در یک جلسه مشاوره بعد از معاینه توسط متخصص شرکت کردند. برای ارزیابی نتایج، بلافاصله بعد از مداخله، پرسش‌نامه مشارکت در تصمیم‌گیری توسط دو گروه تکمیل شد.

داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک بررسی و تایید شد. از روش‌های آمار توصیفی برای ارایه اطلاعات کلی، از آزمون T مستقل برای مقایسه بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله، از آزمون T زوجی برای مقایسه بین گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله و از آزمون مجذور کای برای مقایسه متغیرهای کیفی استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان باردار در گروه آزمون $28/6 \pm 5/9$ سال و در گروه کنترل $27/5 \pm 5/3$ سال و میانگین سن بارداری در گروه آزمون $23/6 \pm 8/10$ هفته و در گروه کنترل $22/5 \pm 7/3$ هفته بود که از نظر این دو متغیر بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کیفی نیز دو گروه همسان بود و اختلاف معنی‌داری نداشتند ($p > 0/05$ ؛ جدول ۱).

بین میانگین نمرات میزان مشارکت مادران قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد، اما در گروه کنترل میانگین میزان مشارکت مادران قبل و پس از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. همچنین قبل از مداخله میانگین میزان مشارکت بین گروه آزمون و کنترل از لحاظ آماری معنی‌دار نبود، اما پس از مداخله این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود (جدول ۲). توزیع فراوانی میزان مشارکت مادران در دو گروه آزمون و کنترل قبل مداخله تقریباً یکسان بود و از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری را نشان نداد، اما پس از مداخله این اختلاف معنی‌دار بود (جدول ۳).

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی (اعداد داخل پرانتز، درصد هستند) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان باردار در دو گروه آزمون (۹۵ نفر) و کنترل (۹۵ نفر)

| ویژگی‌های جمعیت‌شناختی | گروه آزمون | گروه کنترل |
|-------------------------|------------|------------|
| سطح تحصیلات | | |
| بی‌سواد و ابتدایی | ۲۷ (۲۸/۴) | ۱۵ (۱۵/۸) |
| راهنمایی | ۲۸ (۲۹/۵) | ۳۵ (۳۶/۸) |
| دبیلیم | ۳۵ (۳۶/۸) | ۳۵ (۳۶/۸) |
| دانشگاهی | ۵ (۵/۳) | ۱۰ (۱۰/۵) |
| سطح تحصیلات همسر | | |
| بی‌سواد و ابتدایی | ۱۶ (۱۶/۸) | ۶ (۶/۳) |
| راهنمایی | ۲۷ (۲۸/۴) | ۳۴ (۳۵/۸) |
| دبیلیم | ۴۲ (۴۴/۲) | ۴۲ (۴۴/۲) |
| دانشگاهی | ۱۰ (۱۰/۵) | ۱۳ (۱۳/۷) |
| وضعیت شغلی | | |
| شاغل | ۲۹ (۳۰/۵) | ۲۰ (۲۱/۰) |
| خانه‌دار | ۶۶ (۶۹/۵) | ۷۵ (۷۸/۹) |
| شغل همسر | | |
| کارمند | ۲ (۲/۱) | ۸ (۸/۴) |
| کارگر | ۲۷ (۲۸/۴) | ۳۱ (۳۲/۶) |
| آزاد | ۵۹ (۶۲/۱) | ۵۴ (۵۶/۸) |
| بیکار | ۷ (۷/۴) | ۲ (۲/۱) |
| تعداد زایمان | | |
| ۱ | ۳۷ (۳۸/۹) | ۴۳ (۴۵/۳) |
| ۲ | ۳۱ (۳۲/۶) | ۳۴ (۳۵/۸) |
| ۳ | ۲۱ (۲۲/۱) | ۱۶ (۱۶/۸) |
| بیشتر از ۳ | ۶ (۶/۳) | ۲ (۲/۱) |
| سابقه سقط | | |
| دارد | ۱۹ (۲۰/۰) | ۱۶ (۱۶/۸) |
| ندارد | ۷۶ (۸۰/۰) | ۷۹ (۸۳/۲) |
| سابقه نازایی | | |
| دارد | ۳ (۳/۲) | ۴ (۴/۲) |
| ندارد | ۹۲ (۹۶/۸) | ۹۱ (۹۵/۸) |

جدول ۲) مقایسه میانگین آماری نمرات مشارکت مادران در تصمیم‌گیری در هر گروه قبل و بعد از مداخله

| گروه‌ها | قبل مداخله | بعد مداخله | نتیجه آزمون T زوجی |
|---------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| گروه آزمون | $25/6 \pm 4/7$ | $37/8 \pm 4/3$ | $t = -18/8$; $p < 0/01$ |
| گروه کنترل | $24/7 \pm 4/8$ | $24/3 \pm 5/1$ | $t = 1/8$; $p = 0/07$ |
| نتیجه آزمون T مستقل | $t = -1/2$; $p = 0/2$ | $t = -19/5$; $p < 0/01$ | - |

جدول ۳) مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی (اعداد داخل پرانتز، درصد هستند) میزان مشارکت زنان باردار در دو گروه آزمون (۹۵ نفر) و کنترل (۹۵ نفر) با استفاده از آزمون مجذور کای

| میزان مشارکت | گروه آزمون | گروه کنترل | کل | سطح معنی‌داری |
|----------------------|------------|------------|------------|---------------|
| قبل مداخله | | | | |
| > ۲۱ (ضعیف) | ۱۶ (۱۶/۸) | ۲۱ (۲۲/۱) | ۳۷ (۱۹/۵) | |
| ۲۲-۳۲ (متوسط) | ۷۳ (۷۶/۸) | ۶۵ (۶۸/۴) | ۱۳۸ (۷۲/۶) | ۰/۴ |
| < ۳۳ (خوب) | ۶ (۶/۳) | ۹ (۹/۵) | ۱۵ (۷/۹) | |
| بعد از مداخله | | | | |
| > ۲۱ (ضعیف) | ۱۴ (۱۴/۷) | ۹ (۹/۵) | ۲۳ (۱۲/۱) | |
| ۲۲-۳۲ (متوسط) | ۳۸ (۴۰/۰) | ۴۸ (۵۰/۵) | ۸۶ (۴۵/۳) | < ۰/۰۰۱ |
| < ۳۳ (خوب) | ۴۳ (۴۵/۲) | ۳۸ (۴۰/۰) | ۸۱ (۴۲/۶) | |

بحث

هدف این مطالعه بررسی تاثیر یک جلسه مشاوره فردی بر میزان مشارکت مادران باردار در تصمیم‌گیری بر روند درمان بود. نتایج

حریم خصوصی، احترام به بیمار)، (۲) عوامل مرتبط با بیماری (درد، نوع زایمان، حوادث مربوط به ایمنی بیمار)، (۳) عوامل حرفه‌ای (رفتار، نظارت و آموزش) و (۴) عوامل مربوط به سیاست‌گذاری در مراقبت‌های بهداشتی (جنبه‌های مالی، امکانات). بنابراین یکی از راهکارهای توصیه‌شده، توجه به آموزش و نگرش مادر نسبت به همسران، ماماها و متخصصان خود بود^[45].

از محدودیت‌های این پژوهش، کمبود پژوهش‌های داخلی و خارجی بود که سعی شد از مطالعات مشابه استفاده شود. همچنین نبود جایگاه مشاوره در درمانگاه بیمارستان محدودیت دیگر بود که با هماهنگی مسئول درمانگاه، سایت موقت برای تحقیق تشکیل شد.

پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری در خصوص اثر مدل‌های مشاوره‌ای مختلف بر نگرش مادران باردار در ارتباط با مشارکت در تصمیم‌گیری انجام شود.

نتیجه‌گیری

مشاوره فردی، مداخله موثر و مناسبی برای ارتقای میزان مشارکت مادران باردار در تصمیم‌گیری برای مراحل درمان است.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از کارکنان درمانگاه بیمارستان کوثر قزوین که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تأییدیه اخلاقی: این مطالعه پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین به شماره IR.QUMS.REC.1397.042 و ثبت در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی به شماره IRCT20180508039583N1 انجام شد.

تعارض منافع: تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان: راشین نصیری (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۳۵٪)؛ فاطمه رنجکش (نویسنده دوم)، روش‌شناس/نگارنده بحث (۲۰٪)؛ فروزان الفتی (نویسنده سوم)، روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری (۳۵٪)؛ مریم مافی (نویسنده چهارم)، تحلیلگر آماری (۱۰٪).

منابع مالی: این مطالعه حاصل کار پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد رشته مشاوره در مامایی است.

منابع

- 1- Joolae S, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z, Tschudin V, Mansouri I. An Iranian perspective on patients' rights. *Nurs Ethics*. 2006;13(5):488-502.
- 2- Larijani B. Physician and ethical considerations. *Tehran: Baraye Farda*; 2005. [Persian]
- 3- Parsapour AR, Bagheri AR, Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. *Med Ethics Hist Med*. 2010;3(1 and 2):39-47. [Persian]
- 4- Manouchehri H, Zagheri Tafreshi M, Nasiri M, Ashrafi H. Patients' participation in health care decision makings in hospitals affiliated with Saveh school of medical sciences, 2016. *J Health Care*. 2018;19(4):251-61.
- 5- Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Educ Couns*. 2003;51(3):197-206.
- 6- Edwards A, Elwyn G. Evidence-based patient choice: inevitable or impossible? Oxford: Oxford University Press; 2001.
- 7- Mazur DJ. Shared decision making in the patient-

برگرفته‌شده از مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره مشارکت مادران باردار در تصمیم‌گیری در دو گروه بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری داشت.

منوچهری و همکاران در مطالعه‌ای که با هدف تعیین میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی- درمانی در بیمارستان‌های ساوه انجام دادند، نتیجه گرفتند که علی‌رغم مشارکت کلی بالای بیماران، مشارکت در زمان پذیرش، متوسط بود. اگرچه ممکن است با توجه به شرایط بیمار در زمان پذیرش، امکان ارائه اطلاعات و درخواست برای تصمیم‌گیری و مشارکت برای همه بیماران میسر نباشد، ولی لازم است اقدامات مناسب‌تری برای بهبود مشارکت آنها در تصمیم‌گیری‌های درمانی انجام گیرد^[4]. همچنین خمرنیا و همکاران در یک مطالعه مقطعی تحت عنوان بررسی میزان مشارکت بیماران مبتلا به سرطان در تصمیمات درمانی در زاهدان، به این نتیجه رسیدند که مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری بالینی در حد ضعیف و کم است. از آنجایی که مشارکت بیمار در تصمیمات بالینی می‌تواند بر کیفیت تصمیمات درمانی موثر باشد، لذا پیشنهاد شد که ارائه‌کنندگان خدمات به این موضوع توجه بیشتری کنند^[40]. نتایج هر دو مطالعه فوق با پژوهش حاضر همسو است.

بکر و همکاران، مطالعه‌ای تحت عنوان کاربرد تحلیل تصمیم‌گیری در تسهیل تصمیم‌گیری آگاهانه در انگلستان انجام دادند و چنین نتیجه‌گیری کردند که مشاوره با رویکرد آنالیز تصمیم‌گیری قادر است به زنان در مورد تصمیمات تشخیص پرناتال آگاهی بیشتری بدهد. افراد حرفه‌ای برای استفاده از این تکنیک موثر به آموزش نیاز خواهند داشت. به‌علاوه، دریافت بسته کمک به تصمیم‌گیری در زنان با نتیجه غربالگری مثبت نسبت به آنانی که در گروه روتین بودند نگرانی کمتری را ایجاد کرد. کسانی که در گروه آنالیز تصمیم‌گیری قرار داشتند در تصمیمشان تعارض کمتری داشتند، ولی در گروه مشاوره روتین نگرانی در مورد این تصمیمات زیاد بود^[38].

غیاثوندیان و همکاران مطالعه‌ای با هدف بررسی تاثیر بسته کمک به تصمیم‌گیری بر درمان انتخاب‌شده توسط بیماران مبتلا به سرطان پستان و پیامدهای آن انجام دادند. نتایج نشان داد که مداخله کمک به تصمیم‌گیری، با مشارکت دادن بیماران در تصمیم‌گیری درمانی مربوط به خود، باعث بهبود آگاهی بیماران، احساس اطمینان برای شروع درمان و انتخاب گزینه درمانی منطبق با ارزش‌ها و اولویت‌های آنان می‌شود^[42]. این دو مطالعه نیز با مطالعه حاضر همسو هستند.

نتایج یک مطالعه مروری سیستماتیک نشان داد که استفاده از روش‌های کمکی برای تصمیم‌گیری می‌تواند اثر مثبت بر تصمیم‌گیری آگاهانه مادران باردار داشته باشد، همچنین باعث کاهش اضطراب مادران می‌شود^[43]. یافته‌های مطالعه‌ای با هدف تعیین تاثیر مداخلات کمکی بر تصمیم‌گیری مادران باردار در خصوص استفاده از روش‌های بی‌دردی حین زایمان نشان داد که این مداخلات باعث افزایش آگاهی و کاهش اضطراب شد، ولی بر تصمیم‌گیری در خصوص بیهوشی موثر نبود که با نتایج این مطالعه همسو نیست. به نظر می‌رسد علت، نوع مداخله یعنی استفاده از سیدی و کتابچه آموزشی برای دادن اطلاعات به مادر باشد که در مطالعه ما روش مداخله‌ای یک جلسه مشاوره فردی بود^[44].

در یک مطالعه کیفی توسط الفتی و همکاران نشان داده شد که چهار دسته از عوامل می‌توانند در مشارکت مادران در تصمیم‌گیری موثر باشند: (۱) عوامل مرتبط با بیمار (باورهای درست و غلط، سواد،

- study. *Midwifery*. 2011;27(1):e122-7.
- 23- Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *J Adv Nurs*. 2010;66(10):2142-53.
- 24- Politi MC, Lewis CL, Frosch DL. Supporting shared decisions when clinical evidence is low. *Med Care Res Rev*. 2013;70(1 Suppl):113S-28S.
- 25- Hibbard JH, Peters E. Supporting informed consumer health care decisions: data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Ann Rev Public Health*. 2003;24(1):413-33.
- 26- en Zorg Rvd V. De participerende patient [The participating patient]. RVZ: Den Haag; 2013. [Dutch]
- 27- Härter M, van der Weijden T, Elwyn G. Policy and practice developments in the implementation of shared decision making: an international perspective. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2011;105(4):229-33.
- 28- Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*. 2010;341:c5146.
- 29- Baker A. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *BMJ*. 2001;323(7322):1192.
- 30- Patel N, Rajasingam D. User engagement in the delivery and design of maternity services. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(4):597-608.
- 31- Gee RE, Corry MP. Patient engagement and shared decision making in maternity care. *Obstet Gynecol*. 2012;120(5):995-7.
- 32- James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B, Crowther CA, Robson SC. High risk pregnancy: management options. 4th Edition. St. Louis: Elsevier Saunders; 2010.
- 33- ACOG Committee on Ethics. ACOG Committee Opinion #321: maternal decision making, ethics, and the law. *Obstet Gynecol*. 2005;106(5 Pt 1):1127-37.
- 34- Rajabi Naeeni M, Simbar M. Effect of child birth preparation classes on empowering Iranian pregnant women: a systematic review. *J Educ Community Health*. 2018;5(1):60-71. [Persian]
- 35- Asadi Janati N, Vahdat S, Yazdanpanah A. Studying patient participation in controlling postoperative infection in orthognathic surgery in BouAli Hospital, Tehran in 2012-2013. *Med Sci J*. 2014;24(3):189-93. [Persian]
- 36- Taylor CR, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundamental of nursing: the art and science of nursing care. 6th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- 37- Seyed Ahmadinejad FS, Golmakani N, Asgharipour N, Shakeri MT. Effect of progressive muscle relaxation on depression, anxiety, and stress of primigravid women. *Evid Based Care J*. 2015;5(1):67-76. [Persian]
- 38- Bekker HL, Hewison J, Thornton JG. Applying decision analysis to facilitate informed decision making about prenatal diagnosis for Down syndrome: a randomized controlled trial. *Prenat Diagn*. 2004;24(4):265-75.
- 39- Kriston L, Scholl I, Holzel L, Simon D, Loh A, Harter M. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Educ Couns*. 2010;80(1):94-9.
- 40- Khamrnia M, Eskandari M, Alinezhad Ranjbar A, Ansari Moghadam A, Peyvand M. Participation rate of cancer patients in treatment decisions: a cross sectional study. *J Health Literacy*. 2017;2(3):156-63. [Persian]
- 41- World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. Geneva: World physician relationship: challenges facing patients, physicians, and medical institutions. 1st Edition. Washington DC: Amer College of Physician; 2001.
- 8- O'Connor A, Stacey D. Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the health care system [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2005 [cited 2018 Aug 26]. Available from: <https://bit.ly/2WTnLA2>.
- 9- Farrell C. Patient and public involvement in health: the evidence for policy implementation: a summary of the results of the Health in Partnership research programme [Internet]. London: Department of Health; 2004 [cited 2018 Aug 26]. Available from: <https://bit.ly/2WVVFUz>
- 10- Meterko M, Wright S, Lin H, Lowy E, Cleary PD. Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Serv Res*. 2010;45(5p1):1188-204.
- 11- Boulding W, Glickman SW, Manary MP, Schulman KA, Staelin R. Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. *Am J Manag Care*. 2011;17(1):41-8.
- 12- Edgcumbe DP. Patients' perceptions of hospital cleanliness are correlated with rates of meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* bacteraemia. *J Hosp Infect*. 2009;71(1):99-101.
- 13- Ministry of Health and Medical Services. Ministry strategic plan 2016-2019 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2018 May 24]. Available from: <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/23647>.
- 14- Ertesvåg M, Tselishcheva EG. Elektronisk «Legemidler i bruk»-et blikk inn i fremtiden Evaluering av pilotprosjektet «Legemidler i bruk» i «Reseptformidleren», inkludert elektronisk multidoser i e-resept: Universitetet i Agder; Univ Agder. 2015. [Norwegian]
- 15- Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*. 2006;60(3):301-12.
- 16- Simon D, Schorr G, Wirtz M, Vodermaier A, Caspari C, Neuner B, et al. Development and first validation of the shared decision-making questionnaire (SDM-Q). *Patient Educ Couns*. 2006;63(3):319-27.
- 17- Hooshmand A, Joolae S, Mehrdad N, Bahrani N. Nurses' information and their view points about patient's rights and practical facilitators in clinics. *J Hayat*. 2007;;12(4):57-66. [Persian]
- 18- O'Neill O. Some limits of informed consent. *J Med Ethics*. 2003;29(1):4-7.
- 19- Dadashi M, Andarz Habibi R, Habibi Moghaddam A, Jeylani M. Patients' satisfaction of observing patients' right charter in private clinics. *Med Ethics Hist Med*. 2010;3(5 and 1):61-8. [Persian]
- 20- Hendrix M, Van Horck M, Moreta D, Nieman F, Nieuwenhuijze M, Severens J, et al. Why women do not accept randomisation for place of birth: feasibility of a RCT in the Netherlands. *BJOG: Int J Obstet Gynaecol*. 2009;116(4):537-42.
- 21- Gamble J, Creedy DK, Teakle B. Women's expectations of maternity services: a community-based survey. *Women Birth*. 2007;20(3):115-20.
- 22- Seefat-van Teeffelen A, Nieuwenhuijze M, Korstjens I. Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative

decision-making in pregnancy care: a systematic review. BJOG: Int J Obstet Gynaecol. 2013;120(3):257-66.

44- Raynes-Greenow CH, Nassar N, Torvaldsen S, Trevena L, Roberts CL. Assisting informed decision making for labour analgesia: a randomised controlled trial of a decision aid for labour analgesia versus a pamphlet. BMC Pregnancy Childbirth. 2010;10(1):15.

45- Olfati F, Asefzadeh S, Changizi N, Keramat A, Yunesian M. Patient involvement in safe delivery: a qualitative study. Glob J Health Sci. 2016;8(6):33-40.

Health Organization; 2009 [cited 2018 May 24]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/.

42- Ghiyasvandian S, Mousavizadeh SN, Dehghan Nayeri N, Haghani H. The effect of decision aid's package in selected treatment by patients with early stage breast cancer and decision making outcomes. J Fasa Univ Med Sci. 2013;3(3):271-79. [Persian]

43- Vlemmix F, Warendorf JK, Rosman AN, Kok M, Mol BWJ, Morris JM, et al. Decision aids to improve informed