


Affecting Factors Fear of Childbirth Based on the Theory of Planned Behavior in Pregnant Women in Aleshstar in 2015

Monir Yosefvand¹, Mahboobeh Khorsandi², Nasrin Roozbahani³, Mehdi Ranjbaran⁴

1. Student Research Committee, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
2. Associate Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Associate Professor, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
3. Assistant Professor, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
4. Instructor, Department of Epidemiology, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Article Info	Abstract
Received: 2016/11/7 Accepted: 2017/05/7 Published Online 2017/07/17	<p>Background: Fear of childbirth in pregnant women is a common problem that often leads to the demand for cesarean section. Due to the complications of cesarean delivery for mother and baby, doing researches on factors predicting fear of childbirth is essential.</p> <p>Method: This is a cross-sectional analytical study. 200 pregnant women were selected in Aleshstar city by simple random sampling in 2015. Data collection tools included two questionnaires. One researcher-made questionnaire, including structures of planned behavior theory including attitudes, subjective norms, perceived behavioral control and behavioral intention; this was a standardized questionnaire for fear of childbirth. To analyze the data, software Spss20, one-way ANOVA and Pearson correlation and regression were performed.</p> <p>Results: 71 of the 200 women (35.5 percent) were going to do a cesarean section. As a result, an inverse correlation was observed between attitude structures and perceived behavioral control with fear of childbirth. Attitude was the most important predictor of pregnant women's fear (Beta=-0.29). In terms of fear, attitude, subjective norm and perceived behavioral control between the women who wanted natural childbirth, and women who wanted a cesarean section, there were statistically significant differences.</p> <p>Conclusion: It is suggested to emphasize on factors such as positive attitude and perceived behavioral control, at the time of designing educational interventions for reducing the childbirth fear and unnecessary caesarean.</p> <p>Keywords: Fear of Childbirth; Pregnant Women; Theory of Planned Behavior</p>
DOI: Original Article Use your device to scan and read the article online 	
Corresponding Information	Mahboobeh Khorsandi, Department of Health Education and Promotion, Associate Professor, School of health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran. Email: khorsandi@arakmu.ac.ir

Copyright © 2017, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Yosefvand M, Khorsandi M, Roozbahani N, Ranjbaran M. Affecting Factors Fear of Childbirth Based on the Theory of Planned Behavior in Pregnant Women in Aleshstar in 2015. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2017; 25 (4): 114 - 120

عوامل مؤثر بر ترس از زایمان طبیعی براساس سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در زنان باردار شهرستان الشتر در سال ۱۳۹۴

منیر یوسفوند^۱، محبوبه خورسندی^{۲*}، نسرین روزبهانی^۳، مهدی رنجبران^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲. دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۳. استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۴. مربی اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۸/۱۷	مقدمه: ترس از زایمان طبیعی، مشکلی شایع در زنان باردار است که بسیاری مواقع منجر به درخواست سزارین می‌شود. با توجه به عوارض سزارین برای مادر و نوزاد، انجام تحقیقاتی در زمینه عوامل پیشگویی کننده ترس از زایمان ضروری است.
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۲/۱۷	
انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۴/۲۶	
نویسنده مسئول: محبوبه خورسندی	روش کار: این مطالعه مقطعی - تحلیلی روی ۲۰۰ نفر از زنان باردار (۲۰ تا ۳۶ هفته) شهر الشتر به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده در سال ۱۳۹۴ انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، شامل پرسش‌نامه‌های محقق‌ساخته است که سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتار درک شده، قصد رفتاری) و آگاهی را در بر می‌گرفت و پرسش‌نامه استاندارد ترس زایمان بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS و استفاده از آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون انجام شد.
دانشیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران	یافته‌ها: ۷۱ نفر از ۲۰۰ خانم مطالعه شده (۳۵/۵٪) قصد انجام سزارین داشتند. بین نمره سازه‌های نگرش و نیز کنترل رفتار درک شده با ترس زایمان همبستگی معکوس و معنی‌داری مشاهده شد. نگرش، مهم‌ترین متغیر پیشگویی کننده ترس زایمان بود (Beta = -۰/۲۹ استاندارد). متغیرهای ترس، نگرش، هنجار ذهنی و کنترل رفتاری درک شده بین زنانی که قصد زایمان طبیعی داشتند و زنانی که قصد سزارین داشتند از اختلاف معناداری از نظر آماری برخوردار بودند.
تلفن:	
پست الکترونیک: khorsandi@arakmu.ac.ir	
	نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود در زمان طراحی مداخلات آموزشی برای کاهش میزان ترس زایمان و کاهش سزارین غیرضروری بر ارتقای عوامل مؤثر بر ترس (نگرش مثبت و کنترل رفتار درک شده) در فرد تأکید شود.
	واژه‌های کلیدی: ترس زایمان طبیعی، زنان باردار، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

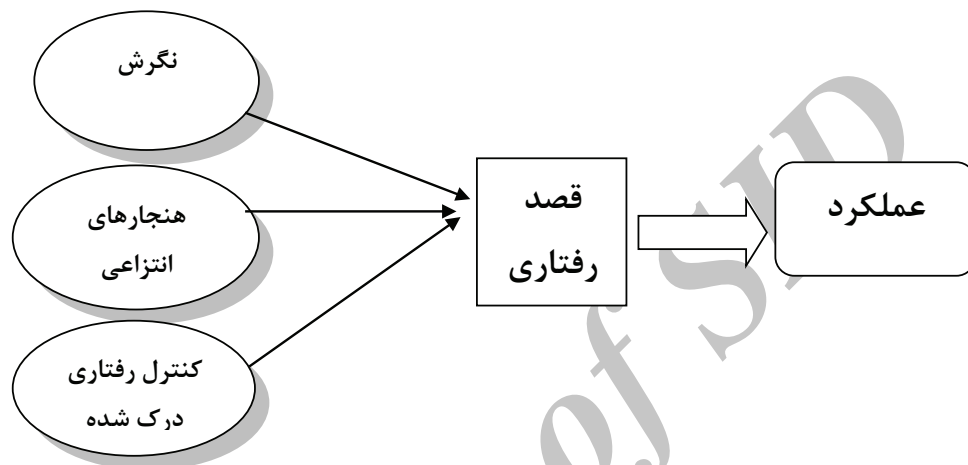
مقدمه

۱۳-۶ درصد از زنان باردار، ترس شدید و ناتوان‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند [۷]. نتایج مطالعه‌ای در کشور نیجریه نشان داد، ترس از درد زایمان و ترس از نتایج زایمان طبیعی مثل بی‌اختیاری ادرار و مدفوع از علل انجام سزارین غیرضروری است [۸]. عمل سزارین عوارض بسیار زیادی برای مادر و نوزاد به همراه دارد؛ از جمله: خون‌ریزی و احتمال عمل خروج رحم (هیستریکتومی) به دنبال قطع نشدن خون‌ریزی [۹]، افزایش مرگ‌ومیر [۱۰]، مشکلات تنفسی نوزاد [۱۱] و مطالعات اخیر نشان می‌دهد که سزارین بر کاهش باروری و ایجاد افسردگی پس از زایمان هم تأثیر می‌گذارد [۱۲]. سازمان جهانی بهداشت، میزان استاندارد سزارین را ۱۵-۱۰ درصد اعلام کرده است [۱۳]. شواهد نشان می‌دهد که ترس از زایمان در زنان ایرانی افزایش یافته است و در حال حاضر، در مقایسه با چند سال قبل تعداد بیشتری از زنان درخواست

ترس از زایمان طبیعی (fear of childbirth)، مشکلی شایع در زنان باردار است که اغلب باعث انجام عمل سزارین می‌شود. تقریباً ۲۵-۵ درصد از زنان باردار دچار ترس از زایمان هستند [۱] و این ترس آمار بالای سزارین را به دنبال داشته است [۲]. این ترس شامل ترس از درد زایمان و آسیب پیرینه طی زایمان طبیعی [۳] یا ترس از سزارین اورژانس است [۴]. از جمله دلایل ترس از زایمان می‌توان به خصوصیات شخصیتی و روانی مادر، تحمل نکردن درد، مشاهده یا شنیدن تجارب اطرافیان و نگرانی درباره عوارض جسمی نامطلوب اشاره کرد [۵]. مطالعه‌ای در مناطقی از سوئد و استرالیا نشان می‌دهد که ترس روی سلامت عاطفی زنان طی بارداری اثر منفی داشته و احتمال تبدیل شدن زایمان به یک تجربه بد برای آنها را افزایش می‌دهد [۶]. از بین هر ۵ زن باردار یک فرد دچار ترس از زایمان بوده و بین

مؤثر بر پایه تئوری و الگو انجام می‌شود. تئوری‌ها و مدل‌ها پایه‌ای برای مداخلات تلقی شده و به‌واسطه آنها می‌توان آثار مداخله را اندازه‌گیری و رفتارها را پیش‌بینی کرد [۱۱۸]. در این بین تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده یکی از تئوری‌های مهم محسوب می‌شود که براساس این تئوری مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار شخص قصد رفتاری است که تحت تأثیر ۳ سازه نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتار درک شده است [۱۱۹].

انتظار می‌رود از نتایج این تحقیق بتوان در مسیر طراحی مداخلات آموزشی به‌منظور کاهش ترس از زایمان استفاده کرد.



نمایی از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

ابزار جمع‌آوری داده‌ها: ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل دو پرسش‌نامه، یکی پرسش‌نامه استاندارد نگرش (ترس) زایمان برای تعیین میزان ترس و دیگری پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته، برای تعیین میزان آگاهی و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بود. پرسش‌نامه محقق ساخته در نتیجه پیش‌آزمون مروری بر منابع مرتبط، کتب علمی، مقالات متعدد و مطالب منتشرشده وزارت بهداشت و درمان و به‌منظور دستیابی به اهداف پژوهش طراحی شد. سپس مراحل روایی و پایایی آن انجام و به تأیید متخصصین رشته رسیده و استفاده شد.

پرسش‌نامه محقق ساخته، با ۵۷ سؤال و در ۶ بخش تهیه شد: بخش اول شامل ۱۴ سؤال مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک زنان و همسرانشان: سن زنان، وزن، شغل، تحصیلات و ... و بخش دوم شامل ۱۸ سؤال سنجش آگاهی زنان در زمینه زایمان و انواع آن می‌شد که به‌صورت چهارگزینه‌ای طراحی شده بود. برای نمره‌دهی به پاسخ‌های صحیح نمره یک و برای پاسخ غلط نمره صفر در نظر گرفته شد. کمترین نمره برای سنجش آگاهی، صفر و بیشترین نمره ۱۸ بود. بخش‌های بعدی شامل ابعاد مختلف مدل رفتار برنامه‌ریزی شده: نگرش (بخش سوم)، کنترل رفتاری درک‌شده (بخش چهارم)، هنجارهای انتزاعی (بخش پنجم) و قصد رفتاری زنان باردار برای روش انجام زایمان (بخش ششم) بود. بخش نگرش ۱۰ سؤال با طیف لیکرت (از کاملاً موافقم ۵ امتیاز تا کاملاً مخالفم ۱ امتیاز در مجموع ۵۰ امتیاز)، بخش کنترل

انجام سزارین می‌کنند [۱۱۴]. آمار سزارین در ایران بالای ۴۰٪ است. این میانگین در استان همدان بالای ۴۶٪ است [۱۱۵]. میزان سزارین در استان لرستان در سال ۱۳۹۲، ۴۲/۴۳٪ گزارش شده است [۱۱۶]. به‌دلیل پیچیدگی‌های رفتار، تغییر آگاهی منجر به تغییر نگرش و تغییر نگرش همیشه منجر به تغییر رفتار نخواهد شد؛ زیرا ممکن است محیط به فرد اجازه بروز رفتار را ندهد. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، علاوه بر توجه به نگرش افراد به بررسی باورهای ذهنی آنها نیز می‌پردازد و از محدود تئوری‌هایی است که به فاکتورهای اجتماعی در ایجاد رفتار، توجه خاصی نشان می‌دهد [۱۱۷]. آنچه که مسلم است امروزه در آموزش بهداشت، مداخلات

روش کار

این مطالعه مقطعی - تحلیلی در فاصله زمانی مهر تا آذرماه ۱۳۹۴ روی زنان باردار تحت پوشش ۴ درمانگاه بهداشتی - درمانی شهرستان الشتر واقع در ۴ منطقه مختلف شهر، انجام شد. از بین تمام زنان باردار، زنان بارداری که شرایط ورود به مطالعه (نداشتن بیماری روانی یا حاملگی پرخطر، نداشتن سابقه سزارین قبلی و قرار داشتن در هفته‌های ۲۰-۳۶ بارداری) را داشتند، با رضایت برای حضور در برنامه آموزشی وارد مطالعه شدند. در ابتدای مطالعه مقطعی، نمونه‌گیری به‌روش تصادفی و مبتنی بر هدف صورت گرفت. بدین‌گونه که از بین درمانگاه‌های شهری و روستایی الشتر، ۴ درمانگاه شهری انتخاب شدند که هر درمانگاه یک منطقه از شهر را تحت پوشش داشت. سپس در هر درمانگاه، متناسب با تعداد زنان باردار آن به‌نسبت کل زنان باردار هر ۴ درمانگاه، به‌روش تصادفی ساده تعدادی زن باردار انتخاب شد. با توجه به مطالعات مشابه انجام‌شده [۲۰] و در نظر گرفتن انحراف معیار برابر ۲۰ (نمره براساس ۱۰۰ تراز شد) و حداکثر خطای برابر ۳ و سطح اطمینان ۹۵٪، با استفاده از فرمول زیر حداقل به تعداد ۱۷۱ نمونه نیاز بود که در این مطالعه تعداد ۲۰۰ نمونه در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{Z^2 \cdot SD^2}{d^2}$$

داشت (آلفای کرونباخ ۰/۸۵). این ابزار قبلاً نیز روایی و پایایی خوبی داشته است (آلفای کرونباخ ۰/۸۴) [۲۱].

تحلیل‌های آماری این مطالعه با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام گرفت و برای تعیین قدرت پیشگویی‌کنندگی سازه‌ها از آزمون رگرسیون خطی استفاده شد. $P < 0/05$ نیز به‌عنوان سطح معنی‌دار آماری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۲۰۰ نفر از زنان باردار با میانگین سنی $27/67 \pm 5/99$ سال و میانگین هفته‌های حاملگی $26/67$ هفته وارد مطالعه شدند. زنانی که اولین حاملگی‌شان را تجربه می‌کردند، بیشترین تعداد زنان در حال مطالعه را تشکیل می‌دادند. ۱۰۳ نفر (۵۱/۵ درصد)، ۷۱/۵٪ زنان خانه‌دار بودند. سطح سواد ۸۵ نفر از افراد مطالعه، دیپلم و فوق دیپلم بود (۴۲/۵٪). ۱۰۷ نفر وضعیت اقتصادی متوسط داشتند (۵۳/۵٪) و فقط ۳ نفر (۱/۵٪) وضعیت اقتصادی عالی داشتند.

در این مطالعه آگاهی و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده درباره زایمان و ترس از آن در زنان باردار بررسی شد. میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی (۴۸/۱۵ ± ۲۲/۲۲)، نگرش (۶۱/۲۹ ± ۱۱/۸۲)، هنجار ذهنی (۵۹/۸۴ ± ۱۱/۵۱)، کنترل رفتار درک‌شده (۶۹/۲۸ ± ۱۷/۳۴) و ترس (۳۷/۴۳ ± ۹/۲۱) بود که نتایج آن در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

رفتاری درک‌شده ۶ سؤال با طیف لیکرت (از کاملاً موافقم ۵ امتیاز تا کاملاً مخالفم با ۱ امتیاز در مجموع ۳۰ امتیاز)، بخش هنجارهای ذهنی ۷ سؤال با طیف لیکرت (از کاملاً موافقم ۵ امتیاز تا کاملاً مخالفم ۱ امتیاز در مجموع ۳۵ امتیاز) و قصد رفتاری ۱ سؤال دارای دو حالت زایمان طبیعی نمره یک و سزارین نمره صفر بود.

روایی (Validity) این پرسش‌نامه با شیوه روایی محتوایی (Content Validity Ratio) CVR بررسی شد. بدین‌گونه که پرسش‌نامه در اختیار ۱۰ نفر از متخصصین و افراد صاحب‌نظر قرار گرفت و از آنها نظرخواهی شد و براساس جدول لاوشه درباره قبول یا رد هر سؤال تصمیم‌گیری شد. از نظر فهم‌پذیری و واضح بودن روایی کل سازه‌ها و هریک از سازه‌ها به‌روش آلفای کرونباخ محاسبه شد. CVR بالای ۰/۷ پذیرفتنی تلقی شد. پس از اخذ رضایت افراد برای شرکت در بررسی، برای تعیین ضریب پایایی، پرسش‌نامه در اختیار ۳۰ نفر از زنان باردار مناطق مختلف شهر قرار گرفت و با استفاده از روش هم‌سانی درونی، ضرایب آلفای کرونباخ بررسی شد. به‌طوری که میزان آن در کل سؤالات ۰/۷۸ و در سؤالات آگاهی ۰/۷۳، نگرش ۰/۷ و هنجار ذهنی ۰/۶۸، کنترل رفتار درک‌شده ۰/۸۴، قصد رفتاری ۰/۷۶ محاسبه شد.

پرسش‌نامه استاندارد ترس زایمان (CAQ) شامل ۱۴ سؤال ۴ نمره‌ای بود. در این ابزار جواب اصلاً نمره ۱، خیلی کم نمره ۲، متوسط نمره ۳ و زیاد نمره ۴ را به‌خود اختصاص می‌دهد. دامنه نمره‌ها از ۱۴ تا ۵۶ و نمره بالاتر نشان‌دهنده ترس زایمان شدیدتر است [۲۱].

پرسش‌نامه استاندارد ترس زایمان روایی و پایایی مطلوبی

جدول شماره ۱. توزیع میانگین و انحراف معیار سطوح آگاهی، ترس زایمان و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در ۲۰۰ زن باردار

عنوان متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداکثر مقدار	حداقل مقدار
آگاهی	۴۸/۱۵	۲۲/۲۲	۱۰۰	۰
نگرش	۶۱/۲۹	۱۱/۸۲	۹۲	۳۲
هنجار ذهنی	۵۹/۸۴	۱۱/۵۱	۸۲	۲۰
کنترل رفتار درک‌شده	۶۹/۲۸	۱۷/۳۴	۱۰۰	۲۰
ترس	۳۷/۴۳	۹/۲۱	۵۴	۱۴

جدول ۲. بررسی همبستگی بین سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در رابطه با ترس زایمان طبیعی

	آگاهی	نگرش	هنجار ذهنی	کنترل رفتار درک‌شده	ترس
آگاهی	۱	$r = 0/306$ $P = 0/001$	$r = -0/018$ $P = 0/804$	$r = 0/252$ $P = 0/001$	$r = 0/02$ $P = 0/784$
نگرش	۱	$r = -0/067$ $P = 0/344$	$r = -0/018$ $P = 0/804$	$r = 0/252$ $P = 0/001$	$r = -0/29$ $P = 0/001$
هنجار ذهنی		۱	$r = 0/27$ $P = 0/001$	$r = 0/012$ $P = 0/87$	$r = -0/191$ $P = 0/007$
کنترل رفتار درک‌شده			۱	$r = 0/27$ $P = 0/001$	$r = -0/191$ $P = 0/007$
ترس				۱	$r = -0/191$ $P = 0/007$
	آگاهی	نگرش	هنجار ذهنی	کنترل رفتار درک‌شده	ترس

طبق آنالیز آماری ۷۱ نفر از ۲۰۰ نفر زن مطالعه شده (۳۵/۵٪) قصد انجام سزارین داشتند. از نظر متغیرهای ترس، نگرش، هنجار ذهنی و کنترل رفتاری درک شده بین زنانی که قصد زایمان طبیعی داشتند و زنانی که قصد سزارین داشتند، نمرات متغیرهای نگرش، هنجار ذهنی و کنترل رفتاری درک شده در زنانی که قصد زایمان طبیعی داشتند، بیشتر بود ولی نمره ترس در زنانی بیشتر بود که قصد سزارین داشتند. از نظر آگاهی بین زنان با قصد زایمان طبیعی و سزارین از نظر آماری اختلاف معناداری وجود نداشت. این نتایج را می‌توان در جدول شماره ۴ مشاهده کرد.

همچنین در مطالعه حاضر بین ترس با سن فرد، وزن، قد، تحصیلات همسر، شغل فرد، شغل همسر و تحصیلات زنان براساس نتایج آزمون آنالیز واریانس و t مستقل ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/05$). در پایان به منظور تعیین مهم‌ترین سازه‌های پیشگویی‌کننده ترس زایمان از مدل چند متغیره رگرسیون لجستیک استفاده شد. طبق نتایج، نگرش به زایمان مهم‌ترین متغیر پیشگویی‌کننده تغییرات ترس زنان بارداری از زایمان طبیعی بود.

طبق نتایج، سازه نگرش توانست ۸٪ تغییرات ترس را پیشگویی کند. ضرایب رگرسیون و ضریب تعیین در جدول ۳ قابل مشاهده هستند.

جدول ۳. تحلیل رگرسیون برای تعیین سازه پیشگویی‌کننده ترس در زنان باردار

متغیرهای پیش‌بین	ضریب غیراستاندارد (B)	ضریب استاندارد (Beta)	مقدار آزمون (t)	معنی‌داری (P-value)	ضریب تعیین (R ²)	ضریب تعیین تعدیل شده (R ²)
مقدار ثابت نگرش	۵۱/۲۷۹	-۰/۲۹	۱۵/۵۰۷	۰/۰۰۱	۰/۰۸۴	۰/۰۷۹
	-۰/۲۲۶		-۴/۲۶۳	۰/۰۰۱		

جدول شماره ۴. متغیرهای ترس، آگاهی، نگرش، کنترل رفتاری درک شده و هنجار ذهنی در دو گروه زنان باردار با قصد زایمان طبیعی و سزارین

قصد نوع زایمان	متغیرها	آگاهی	نگرش	هنجار ذهنی	کنترل رفتاری درک شده	ترس
طبیعی	SD±M	۴۹/۹±۲۲/۷	۶۴/۴±۱۰/۹	۶۱/۶±۱۱/۲	۷۶/۳±۱۲/۲	۳۶/۲۲±۹/۵
	p.v	۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۹
سزارین	SD±M	۴۴/۹±۲۰/۹	۵۵/۴±۱۱/۲	۵۶/۵±۱۱/۴	۵۶/۵±۱۱/۸	۳۹/۶۳±۸/۲
	p.v	۰/۱۲۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۱۲

رفتاری بوده و اشاره به احساس کلی دوست داشتن یا تنفر داشتن از هرگونه رفتار معین دارد. هرچه نگرش فرد نسبت به یک رفتار مطلوب‌تر باشد، بیشتر احتمال می‌رود که فرد قصد انجام آن رفتار را داشته باشد و برعکس [۱۷]. اگرچه براساس یافته‌های پژوهش حاضر رابطه آگاهی با ترس زایمان معنادار نبود و از نظر آگاهی بین زنان با قصد زایمان طبیعی و سزارین، اختلاف آماری معناداری وجود نداشت، ولی از آنجا که Bartlett عنوان می‌کند افزایش آگاهی منجر به تغییر نگرش و در نهایت تغییر رفتار بهداشتی می‌شود [۲۳]، لازم است به منظور ایجاد نگرش مثبت نسبت به زایمان طبیعی و در نتیجه کاهش ترس از زایمان طبیعی، برنامه‌های آموزشی جامع طراحی و این آموزش‌ها در مراقبت‌های روتین بارداری گنجانده شود. رابطه معکوس سازه کنترل رفتاری درک شده با ترس زایمان در این مطالعه نشان می‌دهد با افزایش کنترل رفتاری درک شده، ترس کاهش خواهد یافت. همچنین در افرادی که قصد انجام زایمان طبیعی داشتند، نمره کنترل رفتاری درک شده بیشتر بود و اختلاف معنی‌داری بین دو گروه (با قصد زایمان طبیعی یا سزارین) وجود داشت. نتایج حاصل از مطالعه Rahmati Najarkolaei و مطالعه Shahraki هم‌سو بود. در مطالعه Rahmati Najarkolaei متغیر کنترل رفتاری درک شده انتخاب نوع زایمان را پیش‌بینی می‌کرد [۲۲]. کنترل رفتاری درک شده نشان می‌دهد که تا چه اندازه یک فرد احساس می‌کند انجام دادن یا انجام ندادن رفتاری تحت کنترل اراده وی قرار دارد. اگر فرد عقیده داشته باشد

بحث

این مطالعه با هدف پیشگویی عوامل مؤثر بر ترس از زایمان طبیعی براساس سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در زنان باردار شهرستان الشتر طراحی شد. طبق آنالیز آماری، نگرش مهم‌ترین متغیر پیشگویی‌کننده ترس زایمان زنان باردار مطالعه شده بود. بین نمره سازه‌های نگرش و کنترل رفتاری درک شده با ترس زایمان رابطه معکوس و معنی‌داری مشاهده شد. همچنین افرادی که قصد انجام زایمان طبیعی داشتند، نگرش مثبت‌تری نسبت به زایمان طبیعی داشتند و از نظر نگرش اختلاف معنی‌داری بین دو گروه (با قصد زایمان طبیعی یا سزارین) وجود داشت که با مطالعه Rahmati Najarkolaei (۱۳۹۲) که در آن نگرش انتخاب نوع زایمان را پیش‌بینی می‌کرد [۲۲] هم‌سو است. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی باعث افزایش ترس از آن می‌شود. همچنان که در مطالعه Shahraki Sanavi و همکاران (۱۳۹۰) اکثریت زنانی که قصد سزارین انتخابی داشتند، دارای نگرش منفی به زایمان طبیعی بودند [۲۰]. به این ترتیب اهمیت ایجاد نگرش مثبت در زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی مشخص می‌شود. الگوی رفتار برنامه‌ریزی شده می‌تواند به عنوان ابزاری در ارزیابی رفتارهای ارتقادهنده به منظور کاهش ترس زایمان زنان باردار استفاده شود. یکی از سازه‌های این تئوری نگرش نسبت به رفتار است که اولین تعیین‌کننده قصد

نتیجه‌گیری

سنجش سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده درباره میزان ترس زایمان و عوامل مؤثر بر آن، می‌تواند به‌عنوان ابزاری در ارزیابی رفتارهای زنان باردار در زمینه کاهش ترس زایمان و انجام زایمان طبیعی استفاده شود و با توجه به اینکه بین نمره متغیر نگرش و کنترل رفتار درک‌شده با ترس، همبستگی معکوس و معناداری وجود داشت، باید در راستای افزایش نگرش مثبت و کنترل رفتار درک‌شده در این زمینه تلاش کرد تا بدین‌وسیله میزان ترس زایمان کاهش و در نتیجه میزان انجام زایمان به روش طبیعی نیز ارتقا یابد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، به‌نظر می‌رسد هرگونه برنامه‌ریزی مسئولان در سطح کلان با هدف ترویج زایمان طبیعی در صورتی به ثمر خواهد نشست که علاوه بر فاکتورهای فردی مؤثر بر تصمیم‌گیری زنان باردار در رابطه با زایمان (آگاهی، نگرش، کنترل رفتار درک‌شده) بر عوامل اجتماعی و هنجارهای ذهنی مؤثر بر آنان علی‌الخصوص پزشکان و متخصصین زنان و زایمان و خانواده تمرکز شود و پیشنهاد می‌شود در زمان طراحی مداخلات برای کاهش میزان ترس زایمان و افزایش قصد زایمان طبیعی در نتیجه کاهش سزارین در زنان باردار بر افزایش آگاهی و تقویت نگرش مثبت در فرد تأکید شود.

سیاسگزاری

این مطالعه بخشی از یک طرح تحقیقاتی با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اراک در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت است. این طرح تحقیقاتی در مورخ ۱۳۹۴/۶/۲۳ با شماره مجوز ۱۶۶ IR.ARAKMU.REC.۱۳۹۴ به تصویب رسیده است. بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی اراک که تأمین اعتبار این مطالعه را بر عهده داشتند و مسئولین محترم دانشکده بهداشت اراک، استادان و مربیان محترم و نیز دانشگاه علوم پزشکی لرستان، شبکه بهداشت و درمان الشتر و همچنین کلیه خانم‌های باداری که ما را در این زمینه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد در منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

که منابع یا فرصت انجام رفتاری را ندارد، احتمالاً قصد انجام رفتار را نخواهد کرد. مطالعه Shahraki نشان می‌دهد، زنانی که قصد سزارین انتخابی داشته‌اند، کنترل رفتار درک‌شده ضعیف تا متوسط داشتند [۲۰].

در مطالعه حاضر نمره هنجار ذهنی در افرادی که قصد انجام زایمان طبیعی داشتند، بیشتر بوده و اختلاف معنی‌داری بین دو گروه (با قصد زایمان طبیعی یا سزارین) وجود داشت. نتایج مطالعه Sharifirad و همکاران نشان داده است که در زمینه هنجارهای ذهنی زنان باردار، پزشکان در درجه اول، همسر در درجه دوم و مادر، دوستان، کتاب، رسانه‌های گروهی و کارمندان بهداشتی به‌ترتیب در رتبه‌های بعد قرار داشتند [۲۴]. در مطالعه حاضر هم درباره هنجارهای ذهنی در درجه اول پزشک، سپس نظر خود فرد، همسر و اعضای خانواده قرار داشتند.

همان‌گونه که در قسمت یافته‌ها ذکر شد، مشخصات دموگرافیک شامل سن زنان باردار، سن حاملگی، مرتبه حاملگی، وضعیت مسکن، تحصیلات زوجین و... به‌عنوان متغیری واحد در میزان ترس زایمان تأثیر چندانی نداشت. نتیجه مذکور با مطالعه RahmatiNajarkolaei و همکاران (۱۳۹۲) هم‌سو است که طبق آن مشخصات دموگرافیک شامل وضعیت مسکن، تحصیلات زوجین و... به‌عنوان متغیری واحد در پیش‌بینی انتخاب نوع زایمان تأثیر چندانی نداشته است [۲۲]. در این رابطه Toohill و همکارانش (۲۰۱۴) معتقدند که ترس زایمان با شغل، تعداد زایمان قبلی و روش آخرین زایمان در ارتباط است. زایمان قبلی با عمل جراحی باعث تحریک ترس ولی زایمان طبیعی قبلی باعث محافظت در برابر ترس می‌شود [۲۵]. Movahed و همکاران (۱۳۹۱) معتقدند، عواملی مثل سن، تحصیلات و وضعیت همسران در انتخاب نوع زایمان مؤثر است [۲۶]. از جمله نقاط قوت این پژوهش استفاده از تئوری آموزشی برای تعیین عوامل مؤثر بر ترس زایمان بود. محدودیت‌های این پژوهش شامل: گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه از طریق خود گزارش‌دهی بوده؛ لذا باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. هرچند با در اختیار گذاشتن وقت کافی و بیان اهداف مطالعه به زنان باردار تا حدودی این مشکل برطرف شده است. کم‌حوصلگی و بی‌صبری زنان باردار در پاسخ به سؤالات به‌دلیل وضعیت بارداری از جمله مشکلات اجرایی مطالعه بود. پیشنهاد می‌شود انجام مطالعات مشابه در ابعاد بزرگتر نیز صورت پذیرد.

References

1. Storksens HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2012;91(2):237-42. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01323.x> PMID:22085403
2. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2009;30(3):168-74. <https://doi.org/10.1080/01674820902950538> PMID:19591052
3. Kingdon C, Neilson J, Singleton V, Gyte G, Hart A, Gabbay M, et al. Choice and birth method: mixed-method study of caesarean delivery for maternal request. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009;116(7):886-95. <https://doi.org/10.1111/j.1471->

- [0528.2009.02119.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02119.x) PMID:19385961
4. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding E-L. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2006;113(6):638-46. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x> PMID:16709206
 5. Hamilton A, Fraser D, Cooper M. Assisted births. *Myles Textbook for Midwives 15th ed* London: Churchill Livingstone. 2009:607-23.
 6. Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and childbirth*. 2012;12(1):1. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-55> PMID:22727217 PMCid:PMC3449179
 7. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2011;16(2):169. PMID:2224102 PMCid:PMC3249768
 8. Ojengbede OA, Morhason-Bello IO, Adedokun BO. Maternal demand for cesarean section: perception and willingness to request by Nigerian antenatal clients. *International Journal of Women's Health*. 2012;4:141-8. PMID:22505833 PMCid:PMC3325008
 9. Ebrahimi F, Sobhaniyan K, Sotodeniya A. *Denfortns-obsteries and gynecology*. RS G, editor. Tehran: Nasle Farda Press; 2005.578.
 10. Mikki N, Abu Rmeileh N, Wick L, Abu Asab N, Hassan Bitar S. Caesarean delivery rates, determinants and indications in Makassed Hospital, Jerusalem 1993 and 2002. 2009.
 11. The risk of cesarean section: A coalition for improving maternity services (CIMS) fact sheet; 2010.
 12. Mohammadpourasl A, Asgharian P, Rostami F, AZIZI A, Akbari H. Investigating the choice of delivery method type and its related factors in pregnant women in Maragheh. 2009.
 13. Chaillet N, Dubé E, Dugas M, Francoeur D, Dubé J, Gagnon S, et al. Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce caesarean section rates in Quebec. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007;85(10):791-7. <https://doi.org/10.2471/BLT.06.039289> PMID:18038061 PMCid:PMC2636490
 14. Cesarean in iran. Available at : <http://www.selection.behdasht.gov.ir> [cited 2 may 2017].
 15. Y.VS: Increased number of caesarean sections without medical indications - inspite of the risks: *Lakartid-ningen* 2006.
 16. Cesarean in lorestan. Available at : <http://www.it.lums.ac.ir> [cited 20 April 2015].
 17. Saffar M S, Ghofranipour F, Heydarnia A.R, Pakpour A. *Healtheducation&promotion: Theories, models, methods*. Firs ed: Sobhan Pub; 2009. 76-82.
 18. Sharma M. *Theoretical foundations of health education and health promotion*: Jones & Bartlett Publishers; 2016.
 19. McKenzie JF, Neiger BL, Thackeray R. *Planning, implementing, & evaluating health promotion programs: A primer*: Pearson Higher Ed; 2012.
 20. Shahraki Sanavi F, Navidian A, Rakhshani F, Ansari-Moghaddam A. The effect of education on base the Theory of Planned Behavior toward normal delivery in pregnant women with intention elective cesarean. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2014;17(6):531-9.
 21. Lowe NK. Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in nursing & health*. 1993;16(2):141-9. <https://doi.org/10.1002/nur.4770160209>
 22. RahmatiNajarkolaei F , Eshraghi T , Dopeykar N , Zamani O. Determinants of delivery type selection by using theory of planned behaviors (TPB). *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2015;12(12):1062-70.
 23. Bartlett EE. The contribution of school health education to community health promotion: what can we reasonably expect? *American Journal of Public Health*. 1981;71(12):1384-91. <https://doi.org/10.2105/AJPH.71.12.1384> PMID:7032324 PMCid:PMC1619951
 24. Sharifirad GR, Fathian Z, Tirani M, Mahaki B. Study on Behavioral Intention Model (BIM) to the attitude of pregnant women toward normal delivery and cesarean section in province of Esfahan-Khomeiny shahr-1385. 2007.
 25. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK. Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(1):1. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-275> PMID:25123448 PMCid:PMC4138382
 26. Movahed M, Enayat H, Ghaffarinasab E, Alborzi S, Mozafari R. Related factors to choose cesarean rather than normal delivery among Shirazian pregnant women. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2012;2(2):78-83.