



The Effect of Educational Intervention Based on the Theory of Planned Behavior on the Choice of the Type of Delivery in Primipara Women Referred to Health Centers in Tehran in 2016-2017

Zeinab Moradi¹, Zahra Jalili², Davoud Shojaei Zadeh³

1. MSc. Student, Dept. of Health Education and Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Dept. of Health Education and Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Professor, Dept. of Health Education and Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Article Information

Article History:

Received: 2018/04/21
Accepted: 2018/07/31
Available Online: 2019/03/16

IJHEHP 2019; 7(1):55-65

DOI:

Corresponding Author:

Zahra Jalili

Associate Professor, Dept. of Health Education and Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: zahra.jalili@gmail.com

Use your device to scan and read the article online



Abstract

Background and Objective: Today, we face increasing number of caesarean section as an unnecessary medical technology. In fact, performing caesarean section without medical reason has many harmful consequences for mother and her baby. The current study was aimed to determine the effect of planned behavior-based educational intervention on the selection of childbirth method among primipara women who visit health centers of Tehran during 2016-2017.

Methods: This was a semi empirical study, with pre-test, post-test design and control group. 120 primiparas who visited health centers were randomly categorized into intervention and control groups. Data was collected by researcher-made questionnaire based on the construct of the theory of planned behavior, and after confirming its validity and reliability, was distributed between the statistical samples. The collected data was analyzed using SPSS16.

Results: The descriptive findings showed that intervention and control groups were demographically homogenous. The inferential findings showed that between the average of both groups in all construct, except for the behavioral ones, there was no meaningful difference before the educational intervention ($P>0.001$) while after that, the difference of average were meaningful ($P<0.001$).

Conclusion: The results indicated that the program has a positive effect on improving the selection of childbirth method among primiparas as they are more tended to natural childbirth than caesarean section. Therefore, the construct of the theory of planned behavior can be used to encourage such women to choose natural childbirth instead of caesarean section.

Keywords: Childbirth method, Theory of planned behavior, Primipara

Copyright © 2019 Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved

How to cite this article:

Moradi Z, Jalili Z, Shojaei Zadeh D. The Effect of Educational Intervention Based on the Theory of Planned Behavior on the Choice of the Type of Delivery in Primipara Women Referred to Health Centers in Tehran in 2016-2017. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2019; 7 (1) :55-65

Moradi, Z., Jalili, Z., & Shojaei, Zadeh, D. (2019). The Effect of Educational Intervention Based on the Theory of Planned Behavior on the Choice of the Type of Delivery in Primipara Women Referred to Health Centers in Tehran in 2016-2017. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 7 (1),55-65



تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در انتخاب نوع زایمان در زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر تهران در سال ۹۶-۱۳۹۵

زینب مرادی^۱، زهرا جلیلی^۲، داوود شجاعی‌زاده^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۳. استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: امروزه با رشد روزافزون آمار عمل سزارین مواجه هستیم، در حالی که این عمل نوعی فناوری غیرضروری پزشکی به حساب می‌آید و غافل از اینکه انجام عمل سزارین بدون دلیل پزشکی، دارای عواقب زاینباری برای مادر و نوزاد است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر انتخاب نوع زایمان در زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر تهران در سال ۹۶-۱۳۹۵ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این تحقیق یک مطالعه نیمه‌تجربی و از نوع قبل و بعد با گروه کنترل است. تعداد ۱۲۰ زن باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به این مراکز به روش تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه محقق‌ساخته، مبتنی بر سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، جمع‌آوری و پس از تأیید روایی و پایایی بین نمونه‌های آماری توزیع شد. اطلاعات جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های توصیفی نشان داد گروه‌های مداخله و کنترل از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی همگن هستند. یافته‌های استنباطی نیز نشان داد بین میانگین دو گروه مداخله و کنترل در تمام سازه‌ها به جز سازه رفتار، قبل از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/001$)، ولی بعد از اجرای مداخله آموزشی تفاوت میانگین دو گروه معنی‌دار است ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن است که برنامه آموزشی بر انتخاب نوع زایمان در زنان باردار نخست‌زای برای انتخاب زایمان طبیعی به جای سزارین تأثیر مثبت دارد؛ بنابراین می‌توان برای انتخاب نوع زایمان (زایمان طبیعی) در این زنان از سازه‌های مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: نوع زایمان، تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، زنان باردار نخست‌زای

کپی‌رایت © حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله
دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۰۱
پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۰۹
انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵

IJHEHP 2019; 7(1):55-65

نویسنده مسئول:

زهرا جلیلی

دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

پست الکترونیک:

zahra.jalili@gmail.com

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.



مقدمه

وجود دارد، در حالی که در زایمان طبیعی این عوارض وجود ندارد. علل اصلی مرگ‌ومیر در عمل سزارین عفونت‌های رحمی، خونریزی، عفونت دستگاه ادراری و ایجاد لخته خون در رگ‌هاست (۴). میزان مرگ‌ومیر مادر در اثر سزارین ۲ تا ۳ برابر و میزان ناتوانی ۵ تا ۱۰ برابر زایمان طبیعی است (۵). خطر مرگ نوزادان متولدشده به روش سزارین ۴ برابر نوزادانی است که به روش طبیعی متولد می‌شوند. همچنین میزان مشکلات تنفسی در نوزادان حاصل از زایمان طبیعی کمتر از سزارین است (۶).

در سال‌های اخیر درخواست سزارین بانوان باردار افزایش یافته است و این افزایش نه تنها در میزان عوارض زایمان مؤثر بوده بلکه باعث تحمیل هزینه اضافی به خانواده‌ها، دولت و سازمان‌های بیمه بوده است. با آموزش زنان باردار برای کنترل

زایمان یکی از موهبت‌های الهی برای بقای نسل بشر بر روی زمین است که از بدو پیدایش انسان تاکنون همواره ادامه داشته است. مکانیسم انجام زایمان فرایندی فیزیولوژیک، خودبه‌خودی و بدون مداخله است که سال‌ها با سیر طبیعی خود انجام شده است (۱). زایمان طبیعی در اکثر موارد بهترین نوع زایمان برای مادر است و عمل جراحی سزارین قاعدتا محدود به مواردی است که زایمان طبیعی میسر نیست یا با خطرات جدی برای جنین یا مادر همراه است (۲). زایمان طبیعی، روندی فیزیولوژیک و طبیعی است که به‌طور شگفت‌انگیزی مزایای بسیاری برای مادر و نوزاد دارد (۳). احتمال بروز عوارضی مانند خونریزی در سزارین

زنان باردار به انتخاب نوع زایمان با تحصیلات ارتباط معنی داری وجود دارد. آگاهی زنان باردار نخست‌زا نسبت به دو روش زایمان سزارین و زایمان طبیعی در حد متوسط است (۱۹). Keshavarz و همکاران (۲۰۱۶) تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر انتخاب روش زایمان زنان باردار شهر یزد را روش مؤثری در افزایش انگیزه، قدرت تصمیم‌گیری و مهارت زنان باردار در خصوص انتخاب زایمان طبیعی دانستند (۲۰).

بر اساس مطالعات انجام‌شده، از مدل‌هایی که در ارتباط با نگرش و باورها می‌تواند مورد استفاده قرار بگیرد، مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده (TPB) Ajzen و Fishbein (۱۹۷۲) است (۲۱). این الگو بر مبنای تئوری روان‌شناختی به نام عمل منطقی پایه‌گذاری شده است. ویژگی مهم این تئوری قصد رفتاری است که مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار است و افراد قبل از تصمیم‌گیری برای درگیر شدن در هرگونه رفتار مشخص، مسائل پیش روی خود را بررسی می‌کنند. این تئوری شامل سازه‌های رفتار، روشی که فرد عمل می‌کند، سلوک و شیوه برخورد و واکنش نشان دادن در شرایط مختلف است. «قصد رفتاری» عبارت است از تصمیم فرد برای اتخاذ یک رفتار. «نگرش نسبت به رفتار» به معنای میزان مطلوبیت یک رفتار است. «هنجارهای انتزاعی» یعنی افراد مختلفی که شخص تحت تأثیر آن‌ها قرار می‌گیرد و از آن‌ها اطاعت می‌کند. «کنترل رفتاری درک‌شده» عبارت است از درجه‌ای از احساس فرد در مورد اینکه انجام دادن یا ندادن یک رفتار تا چه حد در کنترل ارادی وی است (۲۲).

بررسی مطالعات انجام‌شده در زمینه نقش آموزش در انتخاب نوع زایمان، و نیز مشاهده و تجربه محقق در خصوص عوارض سزارین برای مادر و جنین، همین‌طور بررسی عملکرد زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی در مقایسه با قبل از مراجعه و به‌خصوص پس از انجام آموزش‌های مرتبط گروهی، به‌علاوه مشاوره‌های چهره به چهره، حکایت از این دارد که آموزش بهداشت، به‌ویژه آموزش بر اساس تئوری، می‌تواند نقش بسیار مهمی در تغییر رفتار این گروه داشته باشد، چراکه زنان باردار نخست‌زا به دلیل نداشتن آگاهی کافی و تجربه زایمان، بیش از سایر زنان باردار نیاز به آموزش را احساس می‌کنند و به نظر می‌رسد پذیرش این گروه از زنان به‌مراتب بیش از سایر افراد گروه باشد. لذا این پژوهش به دنبال مقایسه نمرات میانگین سازه‌های مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده در گروه مداخله و کنترل است. بدین منظور این فرضیه طرح شد که «مداخله آموزشی مبتنی بر مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده در انتخاب نوع زایمان در زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی تأثیر دارد».

با وجود فوایدی که زایمان طبیعی در حفظ سلامت مادر و نوزاد به همراه دارد، بیشتر زنان باردار شکم اول روش سزارین را انتخاب می‌کنند. نتایج مطالعات قبلی نشان می‌دهد که آموزش بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده قادر است سبب افزایش آگاهی و بهبود عملکرد زنان باردار در انتخاب

حاملگی می‌توان آن‌ها را در تصمیم‌گیری دخیل ساخت (۷). کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما در مرحله افزایش میزان عمل سزارین و ملاحظات پزشکی غیرضروری قرار دارند (۸). طبق آخرین آمار، میزان سزارین در ایران حدوداً ۵۵ درصد از کل زایمان‌هاست؛ اما در ایالات متحده آمریکا تقریباً یک مورد در هر پنج زایمان به روش سزارین انجام می‌شود (۹). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، میزان سزارین حداکثر تا ۱۵ درصد می‌تواند قابل قبول باشد (۳).

در بسیاری موارد دلایل پزشکی موجب تعیین نوع زایمان نیست بلکه ناآگاهی، عقاید، رفتارها و نگرش‌های نادرست تعیین‌کننده است (۱۰). تحقیقات انجام‌شده در ایران و سایر کشورهای جهان نشان می‌دهد که آموزش تأثیری مثبت و معنی‌دار بر آگاهی زنان باردار دارد و علاقه‌مندی آنان را به زایمان طبیعی افزایش می‌دهد (۸). در ارتقای انگیزه زنان باردار در انجام زایمان طبیعی استفاده از روش‌هایی را کمک‌کننده دانسته‌اند؛ همچون برگزاری کلاس‌های آموزشی برای آگاه کردن زنان باردار از روند زایمان طبیعی و سالم، تهیه مطالب آموزشی شامل فیلم، بروشور و کتابچه‌های آموزشی در خصوص فواید زایمان طبیعی، آگاه کردن خانواده‌ها، حمایت روانی و فیزیکی از مادر و احترام به باورها و خواسته‌های او هنگام درد زایمان، ایجاد فضای فیزیکی مناسب و استفاده از روش‌های غیردارویی زایمان بی‌درد در کنار تربیت مربیان ارشد مامایی (۱۱). راهنمایی و آموزش زنان باردار می‌تواند باعث کاهش تعداد سزارین‌های غیرضروری شود و زنان باردار قادر شوند با کسب آگاهی لازم و صلاح‌دید پزشک، روش مناسب را انتخاب کنند و بی‌دلیل تن به سزارین ندهند (۱۲).

Weaver و همکاران (۲۰۰۷) سزارین را روشی ایمن برای حفظ سلامت جنین خود می‌دانستند (۱۳). Pang و همکاران (۲۰۰۷) به این نتیجه رسیدند که یکی از عوامل مؤثر در انتخاب شیوه زایمان انتخاب همسران است و برای کاستن از تعداد عمل‌های سزارین، حتماً باید همسران را به همراه زنان باردار در برنامه‌های آموزشی شرکت داد تا کاملاً با فرایند زایمان طبیعی آشنا شوند (۱۴). یافته‌های Nerum و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که زنان باردار مورد مطالعه‌شان به علت ترس از درد زایمان می‌خواهند عمل سزارین انجام دهند و بعد از اینکه با این افراد مشاوره شد، کاملاً نظرشان درباره زایمان طبیعی تغییر کرد (۱۵). در مطالعه Shahraki Sanavi و همکاران (۲۰۱۴) بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در زاهدان، بیشترین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار، دو سازه قصد رفتاری و کنترل رفتار درک‌شده بودند (۱۶). Ziaghm و همکاران (۲۰۱۴) سه اولویت آموزشی از دیدگاه زنان باردار را به ترتیب آموزش و کسب اطلاعات درباره تأثیرگذاری نوع زایمان بر وضعیت جسمی مادر، تأثیرگذاری نوع زایمان بر وضعیت سلامت نوزاد و نحوه انجام زایمان طبیعی بیان کردند (۱۷). Asadi و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که مداخله آموزشی در افزایش گرایش زنان باردار به زایمان به روش طبیعی مؤثر است (۱۸). یافته‌های تحقیق Biglarifar و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که بین سطح آگاهی و نگرش

نمره کافی را اخذ کرد. پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ و نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ برای سازه‌های مورد بررسی آگاهی، نگرش، کنترل رفتاری درک‌شده، هنجارهای انتزاعی، قصد رفتاری و رفتار به ترتیب ۰/۸۸۴، ۰/۹۳۴، ۰/۹۸۲، ۰/۹۷۵، ۰/۹۵۲، ۰/۹۶۹ محاسبه شد و برای کل پرسشنامه عدد ۰/۹۳۱ به دست آمد؛ بنابراین می‌توان گفت این پرسشنامه از روایی و پایایی کافی برخوردار است. پرسشنامه‌ها پس از توضیح اهداف پژوهش و ذکر محرمانه ماندن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت در مطالعه و پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از زنان باردار، با راهنمایی پرسشگر و به صورت خودگزارشی تکمیل شدند. داده‌ها پس از گردآوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ شدند و توسط آزمون‌های مقایسه میانگین (گروه مداخله و کنترل - قبل و بعد) تحلیل شدند.

روش پژوهش

پس از شناسایی جامعه آماری و انتخاب نمونه مدنظر، برنامه آموزشی زنان باردار در پژوهش به صورت ذیل تدوین شد: الف) در گروه کنترل هیچ مداخله آموزشی صورت نگرفت؛ ب) در گروه مداخله، آموزش مبتنی بر سازه‌های مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده انجام شد؛ ج) مداخلات آموزشی در چهار جلسه و در طول چهار هفته در گروه مداخله انجام گرفت. هر جلسه حدود یک ساعت به طول انجامید. محتوای آموزشی در هر برنامه آموزشی بر پایه اهداف و متناسب با نیازهای گروه مداخله طراحی می‌شود. در این برنامه آموزشی نیز محتوای آموزشی با توجه به اهداف پژوهش و متناسب با نیاز زنان باردار نخست‌زا و با انجام پیش‌آزمون و همچنین با استفاده از منابع معتبر علمی تهیه شد؛ و روش‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، بارش افکار، نمایش اسلاید، بحث در گروه‌های کوچک و متمرکز به کار گرفته شد. در مرحله پس‌آزمون میزان کارایی و تأثیر برنامه آموزشی ارزشیابی شد و چگونگی تأثیرگذاری برنامه آموزشی بر ارتقای انتخاب نوع زایمان بر اساس الگوی رفتار برنامه‌ریزی‌شده ارزیابی شد.

برنامه آموزشی

جلسه اول: درباره مراقبت‌های ضروری دوران بارداری (نکات مهم بهداشتی فردی)، شکایات شایع در دوران بارداری و تمرین‌های لازم در زمینه درست نشستن، خوابیدن، راه رفتن و تنفس شکمی.

جلسه دوم: درباره تغذیه دوران بارداری و تأکید بر چگونگی مصرف مواد غذایی، همچنین اصلاح وضعیت در بارداری و تمرینات اسکلتی و عضلانی.

جلسه سوم: درباره بهداشت روان، نقش همسر و تغییرات خلق و خو در دوران بارداری، همراه با انجام تمرین‌های ورزشی اسکلتی - عضلانی.

جلسه چهارم: معرفی علائم هشدار و خطر در دوران بارداری (شامل خونریزی، سردرد، آبریزش، ورم دست‌وپا و حرکات جنین)، همراه با تمرینات اصلاح وضعیت در بارداری.

نوع زایمان شود، لذا طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی برای افزایش آگاهی و بهبود عملکرد در انتخاب زایمان طبیعی بر اساس تئوری‌های تغییر رفتار لازم است و از آنجا که نگرش و کنترل رفتاری درک‌شده، پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی برای انجام زایمان طبیعی است، در نظر گرفتن چنین عواملی در مداخلات آموزشی در دوران بارداری ضروری به نظر می‌رسد. با در نظر گرفتن کارایی مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده در ارتقای آگاهی و نگرش و قصد رفتار زنان باردار نخست‌زا برای انتخاب زایمان طبیعی به جای سزارین، مطالعه حاضر انجام شده است و استفاده از این مدل در زنان باردار نخست‌زا جنبه جدید و نوآوری مطالعه حاضر است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نظر ماهیت و هدف از نوع تحقیق‌های نیمه‌تجربی شاهدهار قبل و بعد با گروه کنترل است. جامعه آماری آن کلیه زنان باردار نخست‌زا در سه‌ماهه دوم بارداری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شرق دانشگاه شهید بهشتی شهر تهران است. بر مبنای تحقیقی، در سال ۱۳۸۰ آمار سزارین در تهران بیش از ۶۵ درصد بوده است که ۲۲ درصد آن‌ها به درخواست مادر بوده و دلیل پزشکی نداشته است. با این حال مطالعات اولیه نشان می‌دهد، حدود ۶۵ درصد کل زایمان‌ها به روش سزارین است. انتظار می‌رود با آموزش، این میزان ۲۵ درصد کاهش پیدا کند. لذا نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر برای هر گروه با اطمینان ۹۵ درصدی (قدرت آزمون برابر ۸۰ درصد) جوابگوی بررسی است. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، ۱۲۰ نفر از زنان باردار نخست‌زای شهر تهران در دو گروه ۶۰ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه بدین قرار بود: زنان نخست‌زا در سه ماهه دوم بارداری، تک‌قلو بودن، پرخطر نبودن بارداری و نداشتن سابقه حاملگی تا ۲۰ هفته قبل.

ابزار پژوهش

برای جمع‌آوری اطلاعات کمی مورد نیاز برای آزمون فرضیات تحقیق از روش میدانی و پرسشنامه‌ای استفاده شد، مشتمل بر سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده شامل آگاهی، نگرش، کنترل رفتار درک‌شده، هنجار انتزاعی و قصد رفتاری. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ای با دو قسمت اصلی بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک خانم باردار و همسرش، بخش دوم بر اساس سازه‌های تئوری برنامه‌ریزی‌شده مشتمل بر ۳۵ گویه (حداقل نمره ۳۵ و حداکثر نمره ۱۷۵)، طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم)، سوالات مربوط به آگاهی از انتخاب نوع زایمان شامل ۹ سؤال (حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۹) دوگزینه‌ای (صحیح-غلط) و سوالات مربوط به رفتار انتخاب نوع زایمان در قالب ۸ سؤال (حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۴۰) و مقیاس پنج‌گزینه‌ای همیشه، گاهی اوقات، اغلب، به‌ندرت و هرگز رتبه‌بندی شدند. برای تعیین روایی، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از استادان قرار گرفت. پس از تعدیل سوالات و اصلاحات لازم، داده‌ها وارد نرم‌افزار Excel شد و CVI و CVR در محدوده مورد قبول

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان دادند که از مجموع ۱۲۰ نفر نمونه مورد مطالعه، بیشترین گزینه انتخابی در گروه مداخله و کنترل در مورد سؤالات دموگرافیک شامل مؤلفه بازه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال (۴۶/۷ - ۳۸/۳ درصد) برای سن مادر، لیسانس (۴۶/۷ - ۴۸/۳ درصد) برای سطح تحصیلات مادر، دیپلم (۴۱/۷ - ۵۶/۷ درصد) برای تحصیلات همسر، خانه‌دار (۹۳/۳ - ۸۵ درصد) برای شغل مادر، بازه ۱ تا ۱/۹ میلیون تومان (۵۱/۷ - ۵۶/۷) برای درآمد خانواده بود. نتایج آزمون کای اسکور در دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک سن ($P=0/645$)، تحصیلات مادر ($P=0/528$)، تحصیلات همسر ($P=0/238$)، شغل مادر ($P=0/313$) و میزان درآمد خانواده ($P=0/058$) در مقایسه با هم تفاوت معنی‌داری نداشت و می‌توان گفت که از این لحاظ گروه مداخله و کنترل از تجانس و همگنی لازم برخوردار بودند ($P>0/05$) (جدول ۱).

آزمون کولموگروف-اسمیرنفر نرمال بودن توزیع داده‌ها را نشان می‌دهد. در مؤلفه‌هایی که سطح معنی‌داری آن‌ها کمتر از ۰/۰۵ است ($P<0/05$)، می‌توان نتیجه گرفت توزیع داده‌های مربوط به مؤلفه تفاوت معنی‌داری با توزیع نرمال دارد و برعکس. بنابراین، برای مقایسه میانگین مؤلفه‌ها در دو گروه مداخله و کنترل از آزمون‌های تی مستقل و یو. من. ویتنی استفاده شد؛ و برای مقایسه میانگین مؤلفه‌ها قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی از آزمون‌های تی زوجی و ویلکاکسون استفاده شد (جدول ۲).

جلسه پنجم: برنامه‌ریزی برای زایمان، انتخاب نوع زایمان، انواع روش‌های بی‌درد و کم‌درد زایمان، انتخاب محل زایمان، و وسایل لازم برای زایمان، همراه با تمرینات اسکلتی - عضلانی.

جلسه ششم: آشنایی با علائم درد زایمان، آشنایی با مراحل زایمان، نمایش فیلم زایمان، سازگار شدن با درد زایمان به کمک تمرینات تنفسی و تن‌آرامی.

جلسه هفتم: بهداشت و مراقبت پس از زایمان، توضیح درباره آندوه و افسردگی پس از زایمان، آموزش شیردهی، ورزش‌های پس از زایمان، به همراه تمرینات مربوط به اصلاح وضعیت در بارداری.

جلسه هشتم: بهداشت نوزاد، مراقبت از نوزاد، علائم خطر برای نوزاد، نمایش فیلم شیردهی و مراقبت از نوزاد همراه با تمرینات تنفسی و تن‌آرامی.

ملاحظات اخلاقی

۱. اخذ مجوز لازم از دانشگاه محل تحصیل و دانشگاه مورد پژوهش برای ورود به مراکز بهداشتی و انجام تحقیق
۲. تکمیل فرم رضایت زنان باردار شرکت‌کننده در طرح تحقیقاتی که به صورت کتبی از ایشان گرفته شد.
۳. اطمینان دادن به زنان باردار شرکت‌کننده در طرح تحقیقاتی درباره محرمانه ماندن اطلاعات ایشان
۴. ارائه نتایج این مطالعه به معاونت بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

جدول شماره ۱. متغیرهای دموگرافیک

متغیر	گروه	مداخله		کنترل		سطح معنی‌داری
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
سن مادر	کمتر از ۲۰ سال	۵	۸/۳	۷	۱۱/۷	۱۲
	۲۱ تا ۲۵ سال	۸	۱۳/۳	۱۲	۲۰	۲۰
	۲۶ تا ۳۰ سال	۲۸	۴۶/۷	۲۳	۳۸/۳	۵۱
	بیشتر از ۳۱ سال	۱۶	۲۶/۷	۱۸	۳۰	۳۴
	بدون پاسخ	۳	۵	۰	۰	۳
تحصیلات مادر	دیپلم	۲۰	۳۳/۳	۲۲	۳۶/۷	۴۲
	فوق دیپلم	۳	۵	۷	۱۱/۷	۱۰
	لیسانس	۲۹	۴۸/۳	۲۸	۴۶/۷	۵۷
	فوق لیسانس	۵	۸/۳	۳	۵	۸
	دکتری	۱	۱/۷	۰	۰	۱
	بدون پاسخ	۲	۳/۳	۰	۰	۲
						۰/۵۲۸

سطح معنی‌داری	کنترل			مداخله			گروه	متغیر
	کل	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	فراوانی		
۰/۲۳۸	۵۹	۴۱/۷	۲۵	۵۶/۷	۳۴	دیپلم	تحصیلات همسر	
	۱۲	۱۵	۹	۵	۳	فوق‌دیپلم		
	۳۱	۲۶/۷	۱۶	۲۵	۱۵	لیسانس		
	۱۴	۱۵	۹	۸/۳	۵	فوق‌لیسانس		
	۲	۱/۷	۱	۱/۷	۱	دکتری		
	۲	۰	۰	۳/۳	۲	بدون پاسخ		
۰/۳۱۳	۱۰۷	۹۳/۳	۵۶	۸۵	۵۱	خانه‌دار	شغل مادر	
	۱۱	۶/۷	۴	۱۱/۷	۷	شاغل		
	۲	۰	۰	۳/۳	۲	بدون پاسخ		
۰/۰۵۸	۲	۳/۳	۲	۰	۰	کمتر از ۰/۹ میلیون تومان	درآمد خانواده	
	۶۵	۵۶/۷	۳۴	۵۱/۷	۳۱	۱ تا ۱/۹ میلیون تومان		
	۴۱	۲۳/۳	۱۴	۴۵	۲۷	بیشتر از ۲ میلیون تومان		
	۱۲	۱۶/۷	۱۰	۳/۳	۲	بدون پاسخ		
	۱۲۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۶۰	جمع		

جدول شماره ۲. آزمون کولموگروف - اسمیرنوف

گروه	مؤلفه‌ها	نگرش		کنترل رفتاری درک‌شده		هنجارهای انتزاعی		قصد رفتاری		رفتار		آگاهی	
		قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد		
رابطه	کامل	۰/۲۰۰	۰/۲۵۲	۰/۱۷۸	۰/۳۰۸	۰/۱۹۴	۰/۲۸۱	۰/۲۳۵	۰/۴۶۹	۰/۴۴۲	۰/۵۱۲	۰/۰۷۲	۰/۳۲۱
	تفاوت مثبت	۰/۰۱۸	۰/۰۳۶	۰/۰۸۹	۰/۰۷۱	۰/۰۵۶	۰/۰۷۳	۰/۰۱۲۷	۰/۰۵۶	۰/۰۳۶	۰/۰۵۵	۰/۰۱۷	۰/۰۶۰
	منفی	۰/۲۰	۰/۲۵	۰/۱۷	۰/۳۰	۰/۱۹	۰/۲۸	۰/۲۳	۰/۴۶	۰/۴۴	۰/۵۱	۰/۰۷	۰/۳۲
	آماره اسمیرنوف	۱/۰۷	۱/۳۴	۰/۹۶۳	۱/۶۶	۱/۰۳	۱/۵۰	۱/۲۶	۲/۵۱	۲/۳۷	۲/۷۴	۰/۳۸۵	۱/۷۰
گروه مشاهده	سطح معنی‌داری .sig	۰/۱۹۷	۰/۰۵۴	۰/۳۱۲	۰/۰۰۸	۰/۳۳۱	۰/۰۲۲	۰/۰۸۳	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۹۹۸	۰/۰۰۶
	تعداد	۶۰	۵۸	۶۰	۶۰	۶۰	۵۹	۶۰	۵۹	۶۰	۶۰	۶۰	۵۹
	پارامتر نرمال ^۰ میانگین	۳۲/۳۵	۳۳/۳۶	۳۴/۱۵	۳۶/۶۱	۲۹/۹۰	۳۰/۲۳	۲۹/۹۰	۳۵/۷۷	۳۳/۲۱	۳۰/۳۵	۳۲/۸۸	۱۶/۹۶
	انحراف معیار	۳/۰۶	۲/۵۸۶	۵/۷۱	۴/۸۷	۳/۵۹	۲/۵۷۵	۳/۴۷	۲/۵۱۹	۵/۰۸۱	۳/۸۵۳	۱/۰۴۶	۰/۴۱۳
گروه مشاهده	کامل	۰/۱۴۵	۰/۱۴۹	۰/۰۹۴	۱۰۶۰	۰/۱۰۴	۰/۱۰۹	۰/۰۹۲	۰/۱۲۷	۰/۰۸۴	۰/۱۹۷	۰/۳۳۸	۰/۴۶۵
	تفاوت مثبت	۰/۱۴۵	۰/۱۴۹	۰/۰۶۸	۰/۰۷۹	۰/۰۸۲	۰/۱۰۸	۰/۰۹۲	۰/۱۱۳	۰/۰۷۸	۰/۰۹۳	۰/۲۲۹	۰/۴۱۷
	منفی	۰/۰۸	۰/۰۹	۰/۰۹	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۱۲	۰/۰۸	۰/۱۹	۰/۳۳	۰/۴۶
	آماره اسمیرنوف	۰/۱۴۵	۰/۱۴۹	۰/۰۹۴	۰/۱۰۶	۰/۱۰۴	۰/۱۰۹	۰/۰۹۲	۰/۱۲۷	۰/۰۸۴	۰/۱۹۷	۰/۳۳۸	۰/۴۶۵
گروه مشاهده	سطح معنی‌داری .sig	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۲۰۰	۰/۰۹۱	۰/۱۷۳	۰/۰۷۸	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱
	تعداد	۶۰	۵۸	۶۰	۶۰	۶۰	۵۹	۶۰	۵۹	۶۰	۶۰	۶۰	۵۹

گروه	مؤلفه‌ها	نگرش		کنترل رفتاری درک شده		هنجارهای انتزاعی		قصد رفتاری		رفتار		آگاهی	
		قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
	تعداد	۵۶	۵۶	۵۷	۵۷	۵۵	۵۵	۵۶	۵۶	۵۵	۵۵	۵۴	۵۴
گروه کنترل	پارامتر نرمال [*]	۳۱/۵۷	۳۱/۵۷	۳۲/۱۵	۳۲/۱۵	۲۸/۸۷	۲۸/۸۷	۳۱/۵۰	۳۱/۵۰	۲۵/۳۸	۲۵/۳۸	۱۶/۴۲	۱۶/۴۲
	انحراف معیار	۳/۹۹	۳/۹۹	۷/۶۸	۷/۶۸	۵/۳۶	۵/۳۶	۵/۹۸	۵/۹۸	۷/۷۲	۷/۷۲	۱/۱۴۲	۱/۱۴۲
	کامل	۰/۰۹۶	۰/۰۹۶	۰/۱۰۶	۰/۱۰۶	۰/۱۱۶	۰/۱۱۶	۰/۰۸۰	۰/۰۸۰	۰/۱۳۰	۰/۱۳۰	۰/۳۰۳	۰/۳۰۳
	تفاوت	۰/۰۷۱	۰/۰۷۱	۰/۰۸۴	۰/۰۸۴	۰/۱۱۶	۰/۱۱۶	۰/۰۷۸	۰/۰۷۸	۰/۱۳۰	۰/۱۳۰	۰/۱۹۷	۰/۱۹۷
	منفی	-۰/۰۹	-۰/۰۹	-۰/۱۰	-۰/۱۰	-۰/۰۷	-۰/۰۷	-۰/۰۸	-۰/۰۸	-۰/۰۹	-۰/۰۹	-۰/۳۰	-۰/۳۰
	آماره اسمینف	۰/۰۹۶	۰/۰۹۶	۰/۱۰۶	۰/۱۰۶	۰/۱۱۶	۰/۱۱۶	۰/۰۸۰	۰/۰۸۰	۰/۱۳۰	۰/۱۳۰	۰/۳۰۳	۰/۳۰۳
	سطح معنی‌داری sig	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰	۰/۱۷۲	۰/۱۷۲	۰/۰۶۱	۰/۰۶۱	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰	۰/۰۲۱	۰/۰۲۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

است، اما برای نمرات بعد از اجرای مداخله ($P=0/008$) برقرار نیست. میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای مداخله آموزشی به ترتیب برابر $34/15$ و $32/15$ است که با توجه به مقدار $1/597$ آماره t و درجه آزادی 115 و سطح معنی‌داری ($P=0/113$) آزمون تی مستقل، می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ و نیز میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مداخله آموزشی به ترتیب برابر $36/61$ و $32/15$ است که با توجه به مقدار $-3/266$ آماره Z و سطح معنی‌داری ($P=0/001$) آزمون یو. من. ویتنی، می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. فرض نرمال بودن داده‌ها در گروه مداخله قبل از اجرای مداخله آموزشی ($P=0/200$) و نیز بعد از اجرای مداخله آموزشی ($P=0/091$) برقرار است. با توجه به مقدار $-10/512$ آماره t و سطح معنی‌داری ($P<0/001$) آزمون تی زوجی، می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین نمرات گروه مداخله قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

مؤلفه هنجارهای انتزاعی: فرض نرمال بودن برای نمرات سازه هنجارهای انتزاعی نسبت به انتخاب نوع زایمان قبل از اجرای مداخله آموزشی ($P=0/231$) برقرار است، اما برای نمرات بعد از اجرای مداخله ($P=0/022$) برقرار نیست. میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای مداخله آموزشی به ترتیب برابر $29/90$ و $28/87$ است که با توجه به مقدار $1/215$ آماره t و درجه آزادی 113 و سطح معنی‌داری ($P=0/227$) آزمون تی مستقل، می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین دو گروه مداخله و کنترل قبل از

جدول ۳ میانگین، انحراف معیار و سطح معنی‌داری نمرات مؤلفه‌های نگرش، کنترل رفتاری درک شده، هنجارهای انتزاعی، قصد رفتاری، رفتار و آگاهی را به ترتیب در گروه مداخله و کنترل نشان می‌دهد.

مؤلفه نگرش: فرض نرمال بودن برای نمرات سازه نگرش نسبت به انتخاب نوع زایمان قبل از اجرای مداخله آموزشی ($P=0/197$) و نیز بعد از اجرای مداخله ($P=0/054$) برقرار است. میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای مداخله آموزشی به ترتیب برابر $32/35$ و $31/57$ است که با توجه به مقدار $1/182$ آماره t و درجه آزادی 114 و سطح معنی‌داری ($P=0/240$) آزمون تی مستقل، می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ و نیز میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مداخله آموزشی به ترتیب برابر $33/36$ و $31/57$ است که با توجه به مقدار $2/848$ آماره t و درجه آزادی 112 و سطح معنی‌داری ($P=0/006$) آزمون تی مستقل، می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. فرض نرمال بودن داده‌ها در گروه مداخله قبل از اجرای مداخله آموزشی ($P=0/003$) و نیز بعد از اجرای مداخله آموزشی ($P=0/003$) برقرار نیست. با توجه به مقدار $-3/008$ آماره Z و سطح معنی‌داری ($P=0/003$) آزمون ویلکاکسون، می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین نمرات گروه مداخله قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

مؤلفه کنترل رفتاری درک شده: فرض نرمال بودن برای نمرات سازه کنترل رفتاری درک شده نسبت به انتخاب نوع زایمان قبل از اجرای مداخله آموزشی ($P=0/312$) برقرار

معنی‌داری وجود دارد. فرض نرمال بودن داده‌ها در گروه مداخله قبل از اجرای مداخله آموزشی ($P=0/200$) برقرار است اما بعد از اجرای مداخله آموزشی ($P<0/001$) برقرار نیست. با توجه به مقدار $5/313$ -آماره Z و سطح معنی‌داری ($P<0/001$) آزمون ویلکاکسون، می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین نمرات گروه مداخله قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

مؤلفه آگاهی: فرض نرمال بودن برای نمرات سازه آگاهی نسبت به انتخاب نوع زایمان قبل از اجرای مداخله آموزشی ($P=0/998$) برقرار است، اما برای نمرات بعد از اجرای مداخله ($P=0/006$) برقرار نیست. میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای مداخله آموزشی به ترتیب برابر $16/58$ و $16/42$ است که با توجه به مقدار $0/768$ -آماره t و درجه آزادی 112 و سطح معنی‌داری ($P=0/444$) آزمون تی مستقل، می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ و نیز میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مداخله آموزشی به ترتیب برابر $16/96$ و $16/42$ است که با توجه به مقدار $2/900$ -آماره Z و سطح معنی‌داری ($P=0/004$) آزمون یو. من. ویتنی، می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. فرض نرمال بودن داده‌ها در گروه مداخله قبل از اجرای مداخله آموزشی ($P<0/001$) و نیز بعد از اجرای مداخله آموزشی ($P<0/001$) برقرار نیست. با توجه به مقدار $2/812$ -آماره Z و سطح معنی‌داری ($P=0/005$) آزمون ویلکاکسون، می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین نمرات گروه مداخله قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

گروه کنترل: فرض نرمال بودن داده‌ها در گروه کنترل قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی برای مؤلفه‌های نگرش، کنترل رفتاری درک‌شده، هنجارهای انتزاعی و قصد رفتاری برقرار است اما برای مؤلفه‌های رفتار و آگاهی برقرار نیست. با توجه به مقدار محاسبه‌نشده آماره t و مقدار کوچک‌تر از $0/001$ -آماره Z و سطح معنی‌داری ($P=0/001$) آزمون‌های تی زوجی و ویلکاکسون، می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین نمرات گروه کنترل قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ و نیز میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مداخله آموزشی به ترتیب برابر $30/23$ و $28/87$ است که با توجه به مقدار $3/086$ -آماره Z و سطح معنی‌داری ($P=0/037$) آزمون یو. من. ویتنی، می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. فرض نرمال بودن داده‌ها در گروه مداخله قبل از اجرای مداخله آموزشی ($P=0/173$) و نیز بعد از اجرای مداخله آموزشی ($P=0/078$) برقرار است. با توجه به مقدار $1/157$ -آماره t و سطح معنی‌داری ($P=0/252$) آزمون تی زوجی، می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین نمرات گروه مداخله قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

مؤلفه قصد رفتاری: فرض نرمال بودن برای نمرات سازه قصد رفتاری نسبت به انتخاب نوع زایمان قبل از اجرای مداخله آموزشی ($P=0/083$) برقرار است، اما برای نمرات بعد از اجرای مداخله ($P<0/001$) برقرار نیست. میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای مداخله آموزشی به ترتیب برابر $33/21$ و $31/50$ است که با توجه به مقدار $1/905$ -آماره t و درجه آزادی 114 و سطح معنی‌داری ($P=0/065$) آزمون تی مستقل، می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ و نیز میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مداخله آموزشی به ترتیب برابر $35/77$ و $31/50$ است که با توجه به مقدار $4/036$ -آماره Z و سطح معنی‌داری ($P<0/001$) آزمون یو. من. ویتنی، می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. فرض نرمال بودن داده‌ها در گروه مداخله قبل از اجرای مداخله آموزشی ($P=0/200$) برقرار است اما بعد از اجرای مداخله آموزشی ($P=0/020$) برقرار نیست. با توجه به مقدار $5/855$ -آماره Z و سطح معنی‌داری ($P<0/001$) آزمون ویلکاکسون، می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین نمرات گروه مداخله قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

مؤلفه رفتار: فرض نرمال بودن برای نمرات سازه رفتار نسبت به انتخاب نوع زایمان قبل از اجرای مداخله آموزشی ($P<0/001$) و نیز بعد از اجرای مداخله ($P<0/001$) برقرار نیست. میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای مداخله آموزشی به ترتیب برابر $30/35$ و $25/38$ است که با توجه به مقدار $3/727$ -آماره Z و سطح معنی‌داری ($P<0/001$) آزمون یو. من. ویتنی، می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ و نیز میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مداخله آموزشی به ترتیب برابر $32/88$ و $25/38$ است که با توجه به مقدار $5/164$ -آماره Z و سطح معنی‌داری ($P<0/001$) آزمون یو. من. ویتنی، می‌توان نتیجه گرفت بین میانگین دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مداخله آموزشی تفاوت

جدول شماره ۳. مقایسه میانگین، انحراف معیار و سطح معنی داری نمرات مؤلفه‌های گروه مداخله و کنترل

P-Value	کنترل		مداخله		میانگین	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۲۴۰	۳/۹۹۹	۳۱/۵۷	۳/۰۶۳	۳۲/۳۵	قبل	نگرش
۰/۰۰۶	۳/۹۹۹	۳۱/۵۷	۲/۵۸۶	۳۳/۳۶	بعد	
	۱/۰۰		۰/۰۰۳		P-Value	
۰/۱۱۳	۷/۶۸۰	۳۲/۱۵	۵/۷۱۲	۳۴/۱۵	قبل	کنترل رفتاری درک‌شده
۰/۰۰۱	۷/۶۸۰	۳۲/۱۵	۴/۸۷۸	۳۶/۶۱	بعد	
	۱/۰۰		< ۰/۰۰۱		P-Value	
۰/۲۲۷	۵/۳۶۸	۲۸/۸۷	۳/۵۹۷	۲۹/۹۰	قبل	هنجارهای انتزاعی
۰/۰۳۷	۵/۳۶۸	۲۸/۸۷	۲/۵۷۵	۳۰/۲۳	بعد	
	۱/۰۰		۰/۲۵۲		P-Value	
۰/۰۵۹	۵/۹۸۴	۳۱/۵۰	۳/۴۷۴	۳۳/۲۱	قبل	قصد رفتاری
< ۰/۰۰۱	۵/۹۸۴	۳۱/۵۰	۲/۵۱۹	۳۵/۷۷	بعد	
	۱/۰۰		< ۰/۰۰۱		P-Value	
< ۰/۰۰۱	۷/۷۲۳	۲۵/۳۸	۵/۰۸۱	۳۰/۳۵	قبل	رفتار
< ۰/۰۰۱	۷/۷۲۳	۲۵/۳۸	۳/۸۵۳	۳۲/۸۸	بعد	
	۱/۰۰		< ۰/۰۰۱		P-Value	
۰/۴۴۴	۱/۱۴۲	۱۶/۴۲	۱/۰۴۶	۱۶/۵۸	قبل	آگاهی
۰/۰۰۴	۱/۱۴۲	۱۶/۴۲	۰/۴۱۳	۱۶/۹۶	بعد	
	۱/۰۰		۰/۰۰۵		P-Value	

بحث

نتایج نشان داد که بین میانگین مؤلفه‌های نگرش، کنترل رفتاری درک‌شده، هنجارهای انتزاعی، قصد رفتاری، رفتار و آگاهی دو گروه مداخله و کنترل بعد از انجام مداخله آموزشی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین میانگین نمرات گروه مداخله، در تمام مؤلفه‌ها به جز مؤلفه هنجارهای انتزاعی، قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت تغییر و افزایش نمرات میانگین مؤلفه‌ها بعد از اجرای مداخله آموزشی در گروه مداخله بر اثر آموزش بود.

چنانچه مطالعه Biglarifar و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد، بین سطح آگاهی و نگرش به زایمان طبیعی ارتباط مستقیم وجود دارد و می‌توان با افزایش میزان آگاهی و در نتیجه تغییر نگرش زنان نخست‌زاده آن‌ها را به انتخاب روش زایمان طبیعی ترغیب کرد (۱۹). از جمله دستاوردهای مطالعه Ziaghm و همکاران (۲۰۱۴) این بود که نیاز زنان باردار به کسب آگاهی و اطلاعات در مورد نوع زایمان بر وضعیت جسمانی مادر و سلامت نوزاد تأثیر دارد (۱۷). مطالعه کارآزمایی بالینی Lashgari و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که ارائه آموزش‌های لازم به زنان بر نحوه انتخاب زایمان و کاهش آمار سزارین درخواستی مؤثر است (۷). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مبتنی بر تئوری رفتار

بارداری و زایمان فرآیندی طبیعی و فیزیولوژیک است ولی با توجه به تغییراتی که در ساختار جسمی و روانی مادر رخ می‌دهد، وی باید تحت حمایت قرار گیرد. اگر مادر حمایت نشود، این تغییرات می‌تواند اثر نامطلوبی بر جنین و مادر بگذارد. تجربه مادر از دوران بارداری و تولد فرزندش دارای اهمیت بسیاری است. چهار عامل در این تجربه نقش دارند: انتظارات مادر، میزان حمایت از وی، کیفیت و نحوه ارتباط مادر با ارائه‌دهنده خدمت، و میزان مشارکت وی در تصمیم‌گیری. معمولاً زنان باردار با استفاده از تجربه خانواده و اطرافیان و بر اساس فرهنگ منطقه خود برای زایمان آماده می‌شوند. ناآگاهی و ترس از ناشناخته‌های دوران بارداری باعث ایجاد اضطراب در زنان باردار می‌شود که با افزایش ترشح هورمون‌های استرس، احتمال زایمان زودرس، پیشرفت نکردن زایمان، تولد نوزاد کم‌وزن، و هیپوکسی جنین بیشتر می‌شود. این موارد منجر به مداخلات پزشکی غیرضروری می‌شود. در تمام کشورهای توسعه‌یافته دنیا، امروزه اعتقاد بر این است که از میزان مداخلات پزشکی در حین بارداری و زایمان کاسته شود. توانمندسازی زنان باردار و خانواده‌های آنان با فراهم ساختن شرایط برگزاری کلاس‌های آمادگی دوران بارداری می‌تواند راه‌حل مناسبی برای این معضل باشد.

عرضه خدمات بهداشتی متعدد بود و ضرورت داشت از تمامی سطوح مجوز کسب شود. این مشکل همچنان وجود دارد. به نظر می‌رسد برای رفع این مشکل نیاز است دانشگاه‌ها به صورت عقد قرارداد با یکدیگر هماهنگی و همکاری کنند تا انجام امور سرعت بگیرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که پیش از آموزش، اکثر زنان باردار مورد مطالعه آگاهی در حد متوسط تا خوب، نگرش منفی به زایمان طبیعی و کنترل رفتار درک‌شده پایینی داشتند؛ اما به‌کارگیری تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در افزایش سطح آگاهی، ایجاد نگرش مثبت و گرایش به سمت زایمان طبیعی، تقویت کنترل رفتار درک‌شده، تغییر هنجارهای ذهنی درباره زایمان طبیعی و نهایتاً قصد رفتاری و انجام رفتار زایمان طبیعی بسیار مؤثر بود. با توجه به تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در کاهش میزان سزارین، توصیه می‌شود از این الگو و سایر آموزش‌های نظام‌مند استفاده شود. در نتیجه، می‌توان پیشنهاد کرد که (۱) برای مراکز بهداشتی - درمانی و بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های آموزشی، بسته آموزشی مبتنی بر مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده در زمینه فواید زایمان طبیعی تهیه شود. (۲) کنترل رفتار درک‌شده به‌عنوان مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده انتخاب نوع زایمان در زنان باردار نخست‌زا بررسی و مشخص شود. (۳) موانع و عوامل کاهنده زایمان طبیعی شناسایی و برای حذف این عوامل منفی تلاش شود. و (۴) با توجه به مؤثر بودن نقش آموزش بر انتخاب زایمان طبیعی، از ابتدای بارداری و حتی قبل از آن یعنی در جلسات مشاوره پیش از ازدواج، این آموزش داده شود تا با نهادینه شدن فرهنگ انتخاب و انجام زایمان طبیعی، از سزارین‌های غیرضروری و عوارض ناشی از آن جلوگیری شود.

سپاسگزاری

این مطالعه در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت (دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران به شماره ثبت یا مجوز ۹۴۰۲۱۲۲۳۸) انجام یافته است. محققان از مسئولان مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران و مادرانی که در اجرای این طرح همکاری و مشارکت صمیمانه داشتند، نهایت تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

تضاد منافع

سهم تمامی نویسندگان در این مطالعه یکسان است و هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

برنامه‌ریزی‌شده موجب افزایش و بهبود سازه نگرش در مورد انتخاب نوع زایمان در گروه مداخله می‌شود. نتایج مطالعه Keshavarz و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که آموزش مبتنی بر مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده روش مؤثرتری در ارتقای قدرت تصمیم‌گیری و مهارت زنان باردار در زمینه انتخاب زایمان طبیعی است (۲۰). همسو با یافته‌های تحقیق Sharifirad و همکاران (۲۰۰۷) (۱)، Asadi و همکاران (۲۰۱۴) با بررسی اعتقادات هنجاری و نرم‌های انتزاعی زنان باردار دریافتند که پزشک، همسر، کارمند بهداشت و ماما دارای بیشترین تأثیر در انتخاب نوع زایمان در زنان باردار هستند (۱۸).

همچنین نتایج تحقیق Asadi و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که تئوری عمل منطقی می‌تواند در افزایش انگیزه زنان باردار در انتخاب زایمان به روش طبیعی مؤثر باشد (۱۸). در مطالعه Sharifirad و همکاران (۲۰۰۷) تصمیم زنان باردار درباره انجام زایمان طبیعی قبل و بعد از انجام مداخله تفاوت معنی‌داری را نشان داد که این موضوع علاوه بر نشان دادن تأثیر مدل تحقیق در تغییر قصد زنان باردار به سمت زایمان طبیعی، ارتباط بین اجزای مدل را نیز به اثبات می‌رساند (۱). نتایج مطالعه Shahraki Sanavi و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که آموزش با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده تأثیر بسیاری در افزایش انتخاب زایمان طبیعی در جمعیت مورد مطالعه داشت (۱۶). نتایج مطالعه بیانگر تأثیر آموزش بر کاهش ۱۸ درصدی میزان سزارین در زنان باردار گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بود.

بنابراین فرضیه تحقیق به اثبات می‌رسد. نتایج مطالعه نشان داد که مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در عمل می‌تواند انتخاب نوع زایمان (زایمان طبیعی) را در زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی ارتقا و بهبود بدهد.

این تحقیق با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود که محقق در حد امکان در پی رفع آن‌ها بود؛ (۱) وضعیت جسمانی زنان باردار برای حضور در کلاس‌های آموزشی مداخله مناسب نبود. برای رفع این مشکل با هماهنگی و همکاری کارشناسان مراکز بهداشتی، جلسات آموزشی برای گروه مداخله در پایان کلاس‌های تمرینات آمادگی برای زایمان برگزار شد. (۲) به دلیل تعطیلی مراکز بهداشتی در ساعات بعدازظهر، دسترسی به زنان باردار محدود بود. برای رفع این مشکل نیز محقق با کسب اجازه از زنان باردار و پس از هماهنگی تلفنی با ایشان، با مراجعه به در منازل پرسش‌نامه‌ها را تحویل می‌داد و می‌گرفت. (۳) سطوح مدیریتی دانشگاه، معاونت‌های زیرمجموعه و ستادهای بهداشتی و نهایتاً مراکز

fahan-Khomeiny shahr-1385. 2007.

References

- 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 Es-
- Borghei N, Borghei A, Kashani E, Golalipour F, Yazdi HR, Kabir T. The effect of different factors on methods of Delivery at Private, and Educational, Governmental Hospitals in Golestan

- Province. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2003; 5(11-12): 36-43.
3. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Williams JW, Hauth JC. Fetal growth disorders. Williams Obstetrics. New York: McGraw-Hill. 2001; 743-64.
 4. Naqibi Kh, Allameh Z, Montazeri K. Relentless delivery or cesarean section? Which is better, 1st ed. Isfahan - Isfahan University of Medical Sciences publishers; 2002.
 5. Cunningham F, Mcdonald P, Leveno K. Cesarean section and cesarean hysterectomy. Williams obstetrics. 19th texa.
 6. Darvishi E, Mortazavi SS, Nedjat S, Holakouie Naieni K. Experiences of women and gynecologists on the choice of delivery method: a qualitative research. J Health Sys Res. 2012; 8: 59-68.
 7. Lashgari MH, Delavari S, Markazi MN, Gorouhi F. Effects of training programs of pregnant women on their delivery type selection: A single blind, randomized control trial. 2006.
 8. Bagheri A, Masoodi-Alavi N, Abbaszade F. Effective factors for choosing the delivery method among the pregnant women in Kashan. KAUMS Journal (FEYZ). 2012; 16(2): 146-53.
 9. Poma PA. Effect of departmental policies on cesarean delivery rates: a community hospital experience. Obstetrics & Gynecology. 1998; 91 (6): 1013-8.
 10. Alimohammadian M, Shariat M, Mahmoodi M, Ramezanzadeh F. Choice of delivery in Tehran and some related factors. J Family Reprod Health. 2007; 1(2): 79-84.
 11. Pourheydari M, Souzani A, Kasaeyan A. The survey of knowledge and attitude of pregnant women referred to medical centers of Qom towards type of delivery.
 12. Besharati F, Hazavehei SM, Moeini B, Moghimbeigi A. Effect of educational interventions based on theory of planned behavior (TPB) in selecting delivery mode among pregnant women referred to rasht health centers. ZUMS Journal. 2011; 19(77): 94-106.
 13. Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. Birth. 2007; 34 (1): 32-41. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00144.x>
 14. Pang MW, Lee TS, Leung AK, Leung TY, Lau TK, Leung TN. A longitudinal observational study of preference for elective caesarean section among nulliparous Hong Kong Chinese women. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2007; 114(5): 623-9. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01267.x>
 15. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Øian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling. Birth. 2006; 33(3): 221-8. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00107.x>
 16. 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.
 17. Ziaghm S, Bakhshandeh Bavarsad M, Haghighi S, Sayhi M, Zargar-Natage M, Abadian S. Assessment of educational needs in pregnancy to choose the mode of delivery for nulliparous women. Nurs Dev Health Aligoodarz Nurs Faculty Analytic Res J. 2014; 4(6-7): 31-40.
 18. Asadi ZS, Solhi M, Taghdisi MH, Moghadam Hoseini V, Javan R, Hashemian M. The effect of educational intervention based on Theory of Reasoned Action (TRA) on selected delivery method, for selective cesarean section in pregnant women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2014; 17(109): 1-8.
 19. Biglarifar F, Veisani Y, Delpisheh A. Women's knowledge and attitude towards choosing mode of delivery in the first pregnancy. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2015; 17(136): 19-24.
 20. Keshavarz Z, Ghazanfarian A, Simbar M, Shakeri N. Effect of educational intervention based on theory of planned behavior (TPB) in selecting mode of delivery. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016; 19(27): 1-7.
 21. Ajzen I, Fishbein M. Attitudes and normative beliefs as factors influencing behavioral intentions. J Pers Soc Psychol. 1972; 21(1): 1. <https://doi.org/10.1037/h0031930>
 22. Rafieefar Sh. From health education to health. Tehran. Tandis Publisher; 2007.