

بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده نسبت به انتخاب نوع زایمان در زنان باردار

فریبا شهرکی ثانوی^۱ دکتر علی نویدیان^۲ فاطمه رخشانی^۳ علیرضا انصاری مقدم^۴

^۱ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، ^۲ دانشیار گروه مشاوره خانواده، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، ^۳ دانشیار گروه اپیدمیولوژی و آمار، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان ^۴ استاد گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
مجله پزشکی هرمزگان سال هفدهم شماره ششم بهمن و اسفند ۹۲ صفحات ۵۳۹-۵۳۱

چکیده

مقدمه: به دلیل عوارض همراه با سزارین و آمار رو به افزایش سزارین در کشور، انتخاب یک شیوه آموزشی مناسب در جهت کاهش این روند حائز اهمیت است.

روش کار: مطالعه حاضر نیمه تجربی که بر روی ۲۰۰ خانم باردار سه ماهه سوم بارداری با قصد یا تصمیم به سزارین انتخابی مراجعه‌کننده به متخصصان زنان و زایمان شهر زاهدان از زمستان ۸۹ تا تابستان ۹۰ با روش نمونه‌گیری غیراحتمالی انجام شد. پس از انجام پیش‌آزمون با پرسشنامه‌ای روا و پایا شده در دو گروه مداخله و کنترل، مداخله آموزشی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در گروه مداخله انجام شد. بعد از صرف زمان انتظار یک ماهه در هر دو گروه پس از آزمون انجام شد. از آزمونهای ۴ کای اسکوئر و مدل رگرسیون لجستیک برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج: یافته‌ها اختلاف آماری معنی‌داری را بین تغییر نمرات آگاهی، نگرش، کنترل رفتار درک شده، هنجارهای ذهنی و درصد قصد رفتاری و رفتار ($P < 0/001$) بین زنان باردار گروه مداخله و شاهد بعد از مداخله آموزشی نشان داد. همچنین نتایج آنالیز رگرسیون نشان داد که بیشترین پیش‌بینی‌کننده رفتار، دو سازه قصد رفتاری و کنترل رفتار درک شده است. در کل ۲۲ درصد از خانم‌های گروه مداخله و ۴ درصد از خانم‌های گروه کنترل، زایمان طبیعی نمودند و بیشترین انگیزه برای اطاعت را خانم‌ها به ترتیب پزشک، همسر و خودشان ذکر نمودند.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده تأثیر قابل ملاحظه‌ای در افزایش انتخاب زایمان طبیعی در جمعیت مورد مطالعه داشت. لذا با توجه به تأثیر آموزش بر اساس این تئوری پیشنهاد می‌شود سیاستی اتخاذ شود تا زنان باردار با قصد سزارین انتخابی بتوانند بسته‌های آموزشی بر اساس این تئوری را دریافت و در جلسات بحث گروهی حضور یابند.

کلیدواژه‌ها: مادران باردار - زایمان - سزارین

نویسنده مسئول:
فاطمه رخشانی
گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
تهران - ایران
تلفن: ۹۸۹۱۵ ۱۴۱۹۳۳۲
پست الکترونیکی:
frakshani@gmail.com

دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۱۶ اصلاح نهایی: ۹۱/۶/۵ پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۲۹

شده است، به وسیله‌ای برای فرار از درد زایمان مبدل شده، به طوری که در بسیاری از جوامع انجام زایمان با روش سزارین به یک فرهنگ مبدل گشته است (۲). اصطلاح زایمان سزارین درخواستی، به انتخاب روش زایمان سزارین توسط مادر باردار بدون علت پزشکی اطلاق می‌شود (۳).

لفظ برش سزارین اصطلاحی است که به منظور توصیف زایمان یک جنین زنده از طریق ایجاد برش بر روی جدار شکم و جدار رحم به کار می‌رود (۱). امروزه این روش که فقط برای استفاده در موارد اورژانس و برای نجات جان مادر و جنین ابداع

مدل قصد رفتاری است (۱۹). این الگو بر مبنای تئوری روانشناختی به نام تئوری عمل منطقی پایه‌گذاری شده است. ویژگی مهم این تئوری قصد رفتاری است که مهمترین عامل تعیین کننده رفتار است و افراد قبل از تصمیم‌گیری برای درگیر شدن در هرگونه رفتار مشخص، مسایل پیش‌رویشان را مورد بررسی قرار می‌دهند. این تئوری شامل سازه‌های:

رفتار: روشی که فرد عمل می‌کند، سلوک و شیوه برخورد و واکنش نشان دادن تحت شرایط مختلف، قصد رفتاری: تصمیم فرد برای اتخاذ یک رفتار، نگرش نسبت به رفتار: میزان مطلوبیت یا عدم مطلوبیت یک رفتار، هنجارهای ذهنی: افراد مختلفی که شخص تحت تأثیر آنها قرار می‌گیرد و از آنها اطاعت می‌کند و کنترل رفتار درک شده: درجه‌ای از احساس فرد در مورد این که انجام یا عدم انجام یک رفتار تا چه حد تحت کنترل ارادی وی می‌باشد (۲۳).

از آنجایی که پژوهش‌های انجام شده بر اساس این مدل نشان داد که مداخلات آموزشی در جهت رفتار مورد نظر (ورزش در دوران بارداری، بی‌حسی نخاعی جهت کاهش درد زایمان، تغذیه نوزاد با سینه مادر) مؤثر بوده‌اند (۲۶-۲۴)، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده نسبت به انتخاب نوع زایمان در زنان باردار با قصد سزارین انتخابی شهر زاهدان سال ۹۰-۸۹ انجام شد.

روش کار:

مطالعه حاضر نیمه تجربی بوده که جهت انجام آن ۲۰۰ نفر از خانم‌های باردار در سه ماهه سوم با توجه به تعیین حجم نمونه در مطالعه‌های با مداخله آموزشی مرتبط با ارتقا سلامت و با اندازه اثر (β) ۱۰ درصد، مقدار خطا (α) ۱ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد، در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۱۰۰ نفر) انجام شد.

مطالعه در زمستان ۸۹ و بهار ۱۳۹۰ در شهر زاهدان انجام گرفت. دو گروه از نظر سن، تحصیلات و شغل همسان‌سازی شدند. معیار ورود شامل کلیه خانم‌های باردار سه ماهه سوم بارداری که قصد یا تصمیم به انجام سزارین انتخابی داشتند و معیارهای خروج شامل سابقه زایمان زودرس، تشخیص

عمل جراحی سزارین عوارض بسیار زیادی برای مادر و نوزاد از جمله: خونریزی (۴)، عفونت (۵)، افزایش مرگ و میر (۶)، تولد نوزاد پیش از موعد (۷)، مشکلات تنفسی نوزاد (۸) و ... را به همراه دارد. از سوی دیگر، ناتوانی‌های مادر پس از عمل موجب عدم توجه و رسیدگی کامل مادر و شیردهی صحیح نوزاد می‌گردد (۹) و هزینه‌های هنگفتی را به خانواده تحمیل می‌کند (۱۰). همچنین نتایج مطالعات اخیر نشان می‌دهد که سزارین بر کاهش باروری و ایجاد افسردگی پس از زایمان نیز تأثیر می‌گذارد (۱۱).

از این رو سازمان بهداشت جهانی هدف برای انجام سزارین به میزان ۱۵-۱۰ درصد را اعلام نموده است (۱۲). آمار سزارین امروزه در اکثر کشورهای دنیا بسیار بالاتر است. میزان سزارین در سال ۲۰۰۹ آمریکا ۳۲/۹ درصد، ایتالیا ۳۹/۸ درصد در سال ۲۰۰۷ و استرالیا ۳۰/۶ درصد در سال ۲۰۰۷، کره در سال ۲۰۰۸، ۳۵/۳ درصد و ترکیه در سال ۲۰۰۶، ۳۷/۷ درصد (۱۳) و ایران در سال ۱۳۸۴، ۴۰/۴ درصد (۱۴) و در سال ۱۳۸۸، ۴۱/۹ درصد گزارش شده است (۱۵). طبق گزارش معاونت درمان استان سیستان و بلوچستان میزان سزارین از سال ۹۰-۱۳۸۵ در بیمارستانهای استان ۳۰ درصد و زاهدان ۲۰ درصد افزایش داشته است.

نتایج مطالعات قبلی در سطح کشور حاکی از آگاهی متوسط و نگرش خنثی نسبت به زایمان سزارین می‌باشد (۱۸-۱۶). با توجه به افزایش آمار سزارین، امروزه اکثر کشورهای پیشرفته با انجام یکسری اقدامات مداخله‌ای سعی در کاهش میزان سزارین نموده‌اند (۱۹) به طوری که بیشتر کشورهای اروپایی به میزان‌های کمتر از ۱۵ درصد رسیده‌اند (۲۰). لذا راهنمایی و آموزش زنان باردار می‌تواند باعث کاهش سزارین‌های غیرضروری شده و مادران قادر می‌شوند با کسب آگاهی لازم و صلاحیت پزشکی روش مناسب را انتخاب کرده و بی‌دلیل تن به سزارین ندهند (۲۱). از سوی دیگر تئوری‌ها نقش اصلی در آموزش بهداشت دارند و کارکنان بهداشتی را به داشتن انتخاب‌های اختصاصی و متناسب با موقعیت مورد نظر قادر می‌سازند (۲۲).

بر اساس مطالعات انجام شده از مدل‌هایی که در ارتباط با نگرش و رفتارهای باروری می‌تواند مورد استفاده قرار بگیرد،

۱- آنچه مادران باید بدانند شامل محتوی: تعاریف زایمان طبیعی و سزارین، فواید پزشکی و روانی زایمان طبیعی برای مادر و نوزاد، عوارض زایمان طبیعی و سزارین.
 ۲- سزارین یا زایمان طبیعی انتخاب با شما شامل محتوی: راهکارهای توانمند سازی مادران، ماساژهای دوران بارداری، روشهای آرام‌سازی و برخی نگرش‌های غلط در ارتباط با زایمان طبیعی.
 ۳- آمادگی برای زایمان طبیعی شامل محتوی: فواید ورزش و ورزش‌های دوران بارداری، راهکارهای کاهش درد و تسهیل زایمان طبیعی.

(کتابچه‌ها در جهت ارتقا آگاهی، تغییر نگرش و افزایش کنترل رفتار درک شده زنان نسبت به زایمان طبیعی طراحی شده بود) و چهار کارت پستال با پیام‌های ترغیب کننده زایمان طبیعی جهت هنجار زهنی خانم‌ها (همسر، مادر، مادر همسر، خواهر و یا دوست) تا آنها را به انجام زایمان طبیعی توصیه نمایند و یک سی دی، محتوی فیلم کوتاه مراحل زایمان طبیعی، سزارین و ورزش‌های سه ماهه سوم بارداری بود. سپس خانم‌های گروه مداخله به جلسه بحث در گروه‌های کوچک (۶-۸ نفره) دعوت شدند. جلسه بحث به مدت ۶۰ دقیقه با هدف تأکید بر نگرش خانم‌ها و همچنین پاسخگویی به سوالات مطرح شده زنان باردار برگزار گردید. جلسه توسط راهنما (مجری طرح) هدایت شد. در ابتدای جلسه به مدت ده دقیقه فیلم‌های کوتاه ماساژهای دوران بارداری، ورزش و تصاویر تمرینات آرام‌سازی، تنفسی و پوزیشن‌های زایمانی جهت شرکت‌کنندگان ارائه گردید. سپس به مدت ۴۰ دقیقه خانم‌ها در ارتباط با تجربیات خود، خانواده و دوستانشان و در خصوص نگرانی‌ها و دلایل انتخاب زایمان سزارین با یکدیگر بحث و گفتگو می‌کردند. در پایان به مدت ده دقیقه توسط راهنما مطالب جمع‌بندی و در خصوص اطلاعات و نگرش‌های نادرست مطالب ارائه می‌شد. پس از صرف زمان یک ماه انتظار با مراجعه به درب منازل خانم‌ها، در هر دو گروه پس از آزمون انجام شد. رفتار زایمانی خانم‌ها هم به صورت تلفنی پیگیری شد.
 داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS 15 و بکارگیری آزمون‌های تی مستقل، تی زوج و کای اسکور تجزیه و تحلیل شد.

حاملگی چند قلوبی، لگن کوچک، دیابت و سابقه فشار خون بالا بود.

نمونه‌گیری به صورت غیراحتمالی صورت گرفت. بدین صورت که به جهت جلوگیری از انتقال آموزش‌های داده شده بین دو گروه مورد بررسی، از بین مراجعه‌کنندگان چهار مطب از متخصصان زنان و زایمان که حاضر به همکاری بودند (گروه مداخله) و کلینیک زنان بیمارستان امام علی (ع) (گروه کنترل) شهر زاهدان ۲۰۰ نفر از خانم‌های واجد شرایط با رضایت آگاهانه مورد بررسی قرار گرفتند.

با توجه به عدم وجود پرسشنامه استاندارد در این زمینه، با استفاده از منابع و کتب مرجع و نتایج سایر مطالعات انجام شده در این زمینه، پرسشنامه بر مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده تهیه شد. پرسشنامه شامل شش بخش: اطلاعات دموگرافیک خانم باردار و همسرش، آگاهی نسبت به مزایا و معایب زایمان طبیعی و سزارین شامل هفت سوال که پاسخ صحیح نمره ۲ و پاسخ نادرست نمره ۱ و پاسخ‌های نادرست نمره صفر منظور گردید. نگرش نسبت به رفتار زایمان طبیعی یا سزارین (هفت سوال)، کنترل رفتاری درک شده نسبت به نوع زایمان (هفت سوال) با طیف لیکرت پنج گزینه‌ای و از ۱-۵ نمره‌گذاری گردید. هنجارهای زهنی شامل هفت سوال جهت بررسی هنجار زهنی زنان به صورت دو گزینه‌ای (موافقم، مخالفم) و یک سوال جهت بررسی انگیزه برای اطاعت آنان که پاسخ‌ها به صورت درصد محاسبه گردید. قصد رفتاری یک سوال که به صورت چهار گزینه‌ای (احتمالاً سزارین، قطعاً سزارین، احتمالاً طبیعی و قطعاً طبیعی) و یک سوال رفتار که پاسخ‌ها به صورت درصد محاسبه گردید.

پرسشنامه نهایی دارای نسبت روایی محتوی (CVR) ۰/۶۹ و شاخص روایی (CVI) ۰/۸۸، همچنین میانگین نمره آلفای کرونباخ ۰/۸۷-۰/۷۱ و ضریب همبستگی ۰/۸۷-۰/۷۷ ($P < ۰/۰۱$) بود.

خانم‌ها پس از دریافت اطلاعات لازم در مورد مطالعه، اهداف و مدت زمان آن پرسشنامه پیش آزمون را تکمیل نمودند. سپس بسته آموزشی در اختیار خانم‌های گروه مداخله قرار گرفت. بسته آموزشی شامل سه کتابچه:

نتایج:

۷۰ درصد) در هر دو گروه خانه‌دار بودند. از نظر سابقه بارداری، ۵۶ درصد خانم‌های مورد مطالعه در هر دو گروه اولین بارداری را تجربه می‌کردند. همچنین در هر دو گروه مورد مطالعه حدود یک چهارم خانم‌ها دارای تجربه سزارین انتخابی در زایمان اول و ۱۹ درصد باقیمانده خانم‌ها با تجربه زایمان طبیعی قبلی بودند.

در مطالعه حاضر ۲۰۰ زن باردار در دو گروه مداخله و کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی خانم‌های گروه مداخله و گروه کنترل به ترتیب $27/42 \pm 5/8$ و $26/93 \pm 4/7$ سال بود. اکثریت خانم‌های گروه مداخله و کنترل و همسران آنها از تحصیلات در حد دیپلم و فوق‌دیپلم برخوردار بودند. در خصوص وضعیت شغلی اکثریت خانم‌های مورد مطالعه (حدود

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار تغییر نمرات آگاهی، نگرش و کنترل رفتار درک شده گروه کنترل و مداخله

مقدار P (Independent T)	تغییرات M±SD	بعد مداخله M±SD	قبل مداخله M±SD	سازه
P < .001	۲/۴۰ ± ۲/۲۳	۱۲/۳۰ ± ۱/۹۲	۹/۹۰ ± ۲/۵۴	گروه مداخله
	۰/۶۳ ± ۱/۶۷	۱۰/۶۸ ± ۲/۵۴	۱۰/۰۶ ± ۲/۸۱	گروه کنترل
P < .001	۲/۸۰ ± ۴/۰۸	۲۴/۷۸ ± ۵/۳۸	۲۱/۹۸ ± ۴/۳۹	گروه مداخله
	-۰/۲۳ ± ۲/۵۸	۲۲/۵۷ ± ۴/۱۷	۲۲/۹۰ ± ۳/۷۳	گروه کنترل
P < .001	۲/۵۴ ± ۴/۱۸	۲۰/۹۳ ± ۵/۵۸	۱۸/۳۹ ± ۵/۰۴	گروه مداخله
	-۰/۶۵ ± ۲/۷۳	۲۰/۳۶ ± ۵/۸۹	۲۱/۰۱ ± ۶/۵۶	گروه کنترل

جدول شماره ۲- فراوانی نسبی پاسخ قصد رفتاری زنان باردار گروه کنترل و مداخله

P-value Chi-square	گروه کنترل		P-value Chi-square	گروه مداخله		قصد
	پس آزمون	پیش آزمون		بعد آموزش	قبل آموزش	
$X^2 = 44/60$ P < .001	۵۸	۵۲	$X^2 = 7/38$ P < .05	۲۱	۳۳	فقط سزارین
	۴۲	۴۸		۵۲	۶۷	احتمالاً سزارین
P < .001	۰	-	۱۶	-	احتمالاً طبیعی	
	۰	-	۱۰	-	قطعیاً طبیعی	

جدول شماره ۳- فراوانی نسبی رفتار زنان باردار گروه کنترل و مداخله

رفتار	گروه مداخله		گروه کنترل	
	انتخابی	اورژانس	کل	انتخابی
طبیعی	۲۲	-	۲۲	۲
سزارین	۶۸	۱۰	۹۶	۹۶

$X^2 = 14/32$ df=1 P < .001 تفاوت رفتار بین گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله

جدول شماره ۴- آنالیز رگرسیون لجستیک به منظور پیش‌بینی‌کنندگی سازه‌های مؤثر جهت ارتقاء رفتار زایمان طبیعی در زنان باردار گروه مداخله

P-value	95% C.F for OR		Odd Ratio	متغیرهای پیش‌بینی‌کننده
	Lower	Upper		
.001	۳/۳۰	۹۰/۷۳	۱۷/۳	قطعیاً طبیعی
.002	۱/۹۷	۲۷/۵۵	۷/۳۷	احتمالاً طبیعی
.009	۱/۰۴	۱/۳۷	۱/۱۹	کنترل درک شده

هنجارهای ذهنی در راستای زایمان طبیعی و نهایتاً قصد رفتاری و انجام رفتار زایمان طبیعی مؤثر بود. همچنین این مطالعه، دو سازه قصد رفتاری و کنترل رفتار درک شده را به عنوان عوامل پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار زایمان طبیعی در جمعیت مورد مطالعه نشان داد.

نتایج مطالعات متعدد در سطح کشور نشان داد که انجام زایمان سزارین با متغیرهایی مانند افزایش سطح تحصیلات، شاغل بودن، بارداری اول و زایمان سزارین قبلی رابطه معنی‌داری دارد و در برخی دیگر، ارتباط معنی‌داری بین تحصیلات و شغل با زایمان سزارین وجود نداشت (۱۱۹۹،۲۷). در مطالعه حاضر نیز مشابه برخی از مطالعات قبلی (۲۸) ارتباط معنی‌داری بین سطوح تحصیلات و اشتغال با درخواست زایمان سزارین مشاهده نشده که شاید به دلیل تمرکز این مطالعه بر خانمها با درخواست سزارین باشد.

مطالعات متعددی با بکارگیری روشهای آموزشی مختلف تأثیر آموزش بر ارتقای سطح رفتار زایمان طبیعی خانمهای باردار را نشان داده است. به عنوان مثال، مطالعه کاظم‌زاده و همکاران نشان داد که آموزش کارکنان بهداشتی و ارائه این آموزش‌ها جهت مادران در مراکز بهداشتی باعث کاهش سزارین انتخابی در طول اجرای این طرح شده بود. به طوری که در مطالعه فوق‌الذکر زنان باردار سزارین انتخابی را حدود ۵۰ درصد در گروه مداخله نسبت به گروه آموزش ندیده کاهش داد [OR = ۰/۴۶ (CI: ۰/۲۸، ۰/۵۶)]. مضافاً این مطالعه نشان داد که آموزش زایمان ایمن سزارین انتخابی را در مقایسه با سالهای قبل از آموزش کاهش داد [OR = ۰/۷۶ (CI: ۰/۸۵، ۰/۶۸)]. (۲۸).

مطالعه مهدیزاده نیز نشان داد که میزان سزارین در گروهی که در کلاسهای آمادگی دوران بارداری شرکت کرده بودند، ۱۵ درصد کمتر از گروه شاهد بود و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود (P < ۰/۰۴). (۲۹).

در مطالعه لشکری هم پس از آموزش میزان آگاهی مادران گروه آموزش دیده در مورد زایمان طبیعی و سزارین افزایش نشان داد که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. همچنین فراوانی انتخاب زایمان طبیعی در گروه آموزش به طور معنی‌دار افزایش و میزان انتخاب زایمان سزارین ۱۴ درصد کاهش داشت (P < ۰/۰۵) (۳۰). در راستای مطالعات فوق، مطالعه حاضر نیز

نمرات آگاهی، نگرش و کنترل رفتار درک شده در بین دو گروه قبل و بعد از مداخله در جدول شماره ۱ ارائه گردیده است. همگونی که ملاحظه می‌شود، از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین تغییر نمرات سازه‌های فوق‌الذکر در دو گروه مورد مطالعه مشاهده شد (P < ۰/۰۱).

در ارتباط با هنجارهای ذهنی خانمهای باردار در جهت انتخاب زایمان طبیعی در گروه مداخله و کنترل قبل از آموزش به ترتیب ۲۹/۷ و ۴۷ درصد در جهت انتخاب زایمان طبیعی بودند که پس از آموزش در گروه مداخله به ۵۸/۲ درصد افزایش و در گروه کنترل به ۴۱/۸ درصد کاهش یافت. همچنین در ارتباط با اینکه نظر چه کسی در انتخاب زایمان برای خانمها مهم‌تر است، خانمهای گروه مداخله و کنترل به ترتیب گزینه‌های پزشک، خودم و همسر را انتخاب نمودند.

بر اساس اطلاعات موجود در جدول شماره ۲ پس از آموزش نتایج نشان داد که گروه مداخله ۲۶ درصد تغییر رفتار داده و تصمیم به انجام زایمان طبیعی به صورت احتمالی یا قطعی گرفتند در حالی که در گروه کنترل همچنان افراد مورد مطالعه تصمیم به انجام سزارین به صورت احتمالی یا قطعی داشتند. همچنین نتایج نشان داد که ۲۲ درصد از خانمهای گروه مداخله و ۴ درصد از گروه کنترل نهایتاً رفتار زایمان طبیعی را داشتند (جدول شماره ۳).

قابل به ذکر است که فراوانی زایمان سزارین اورژانس در گروه مداخله ۱۰ درصد و انجام زایمان طبیعی به علت پارگی زودرس کیسه آب در گروه کنترل نیز ۲ درصد بود.

نهایتاً نتایج آزمون تحلیلی رگرسیون لجستیک نشان داد که دو سازه قصد رفتاری و کنترل رفتار درک شده پیش‌بینی‌کننده رفتار زایمان طبیعی بودند (جدول شماره ۴).

بحث و نتیجه‌گیری:

مطالعه حاضر نشان داد که قبل از آموزش اکثریت خانمهای باردار مورد مطالعه آگاهی در حد متوسط تا خوب، نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی و کنترل رفتار درک شده پایین داشتند. اما بکارگیری تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده به طور قابل ملاحظه‌ای در افزایش سطح آگاهی، ایجاد نگرش مثبت و گرایش به سمت زایمان طبیعی، تقویت کنترل رفتار درک شده، تغییر

طبیعی قبلی) هم یافته‌ها نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین نمره آگاهی، ارزیابی از نتایج، نگرش، کنترل رفتار درک شده، هنجارهای انتزاعی، قصد رفتاری و عملکرد بین گروه مداخله و شاهد بعد از مداخله آموزشی وجود داشت. همچنین نتایج نشان داد که میزان سزارین انتخابی به طور معنی‌داری ۲۷/۸ کمتر از گروه شاهد بود ($P=0.04$).

نتایج مطالعه حاضر با نتایج سایر مطالعات بر اساس این مدل همسو است و بیانگر تأثیر آموزش بر کاهش ۱۸ درصد میزان سزارین در خانم‌های باردار گروه مداخله نسبت به گروه کنترل می‌باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه متقاعدسازی تمام پزشکان متخصص زنان و زایمان جهت همکاری در طرح و گرفتن نمونه از تمامی مطب‌ها بود. با این وجود با تلاش و همکاری انجام گرفته، انتخاب چهار مطب به گونه‌ای انجام گرفت که معرف واقعی زنان شهر زاهدان باشد. به طوری که در مراجعه به منازل زنان جهت انجام پس‌آزمون مشاهده گردید که نمونه مورد مطالعه توزیع مناسبی از کل شهر است.

نتایج نشان داد آموزش با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده کارایی بسیار مناسب و ارزشمندی در ارتقای سطح آگاهی، نگرش، کنترل دارد.

لذا پیشنهاد می‌شود این روش آموزشی به صورت وسیع در سطح جامعه به منظور افزایش آگاهی و تغییر نگرش، تصمیم‌گیری، مهارت‌های مدیریت و کنترل زایمان مورد استفاده قرار گیرد.

از آنجایی که از جمله علل انتخاب سزارین در خانم‌های مورد مطالعه در ارتباط با هدایت زایمان آنها از سوی ماما و نحوه ارتباط آنها بود، توصیه می‌شود به طور مستمر، کارگاه‌هایی جهت ارتقای مهارت‌های پرسنل اتاق زایمان برگزار گردد. همچنین با توجه به اینکه بیشترین انگیزه برای اطاعت در خانم‌ها، پزشک معالج آنها و توصیه‌های وی می‌باشد، لازم است یک استراتژی مناسب از سوی مدیران در جهت ارتقاء متخصصان اتخاذ گردد که آنها رهنمودهای مناسب را جهت بیماران بکار گیرند. علاوه بر این پیشنهاد می‌گردد که جهت تعمیم بهتر داده‌ها، مطالعات دیگر تنها بر روی خانم‌های باردار شکم اول و با اولین تجربه سزارین انتخابی انجام شود.

قابلیت شیوه آموزشی بکار گرفته در این تحقیق را در افزایش سازه‌های مدل در گروه مداخله نشان داد که افزایش آگاهی خانم‌ها می‌تواند به دلیل مطالعه کتابچه‌های آموزشی و علت افزایش نمرات نگرش، کنترل رفتار درک شده، هنجار ذهنی و قصد رفتاری در گروه مداخله به دلیل حضور در جلسات بحث و تماشای سی‌دی آموزشی بود. اما کاهش نمرات گروه کنترل احتمالاً به این علت می‌تواند باشد که چون پس‌آزمون چهار هفته بعد گرفته شده و خانم‌های باردار به زمان زایمان نزدیک‌تر شده بودند استرس، ترس و نگرش‌های منفی در آنها شدت بیشتری یافته بود. به طور کلی نتایج مطالعات بیانگر تأثیر آموزش در کاهش میزان سزارین در خانم‌های باردار می‌باشد.

در مطالعات انجام شده بر اساس مدل قصد رفتاری توسط فتحیان و شریفی راد بر روی خانم‌های باردار شکم اول نیز پس از مداخله آموزشی آگاهی، نگرش، قصد رفتاری و رفتار در گروه مداخله نسبت به انجام زایمان طبیعی به طور قابل ملاحظه‌ای در مقایسه با گروه شاهد افزایش یافت. همچنین در زمینه توزیع هنجارهای ذهنی پزشکان در درجه اول، شوهر در درجه دوم و مادر، دوستان، کتاب، رسانه‌های گروهی و کارمندان بهداشتی به ترتیب در رتبه‌های بعد قرار داشتند. در زمینه انگیزه برای اطاعت نیز از همین ترتیب پیروی می‌کرد و اما در زمینه پیشنهاد برای انتخاب نوع زایمان در بین هنجارهای ذهنی ۶۲/۱ درصد پزشکان، ۶۰ درصد شوهران، ۶۶/۶ درصد مادران و ۶۳/۳ درصد دوستان و آشنایان زایمان طبیعی را روش بهتری برای زایمان می‌دانستند و نهایتاً میزان زایمان سزارین در گروه مداخله ۱۶ درصد کمتر از گروه شاهد بود ($P=0.026$) (۲۰۱۹، ۲۰). مطالعه‌ای دیگر نیز بر اساس این مدل با هدف بررسی تأثیر آموزش بهداشت به همسران زنان باردار شکم اول در آگاهی، نگرش و کاهش سزارین انتخابی نیز نتایج نشان داد که آموزش همسران به طور معنی‌داری منجر به افزایش دانش و نگرش مثبت نسبت به زایمان طبیعی در مادران گروه مورد شده بود ($P=0.001$). همچنین انجام سزارین بدون دلیل پزشکی به طور معنی‌داری در گروه مورد ۲۰/۵ درصد کمتر از گروه شاهد بود ($P=0.05$) (۳۱).

در مطالعه بهشارتی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر روی خانم‌های باردار شکم اول یا دوم (با سابقه زایمان

سپاسگزاری:

با تشکر از دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (معاونت تحقیقات فناوری و مرکز ارتقاء سلامت) که حمایت مالی این طرح را برعهده داشتند. نتایج مطالعه برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت می باشد.

References

منابع

1. Jamshidimanesh M, Oskouie F, Jouybary L, Sanagoo A. The process of women's decision making for of cesarean delivery Persian. *Iranian Journal of Nursing*. 2009;21:55-67. [Persian]
2. Sharifi Rad GR, Fathian Z, Tirani M, Muleki 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-2007. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2007;15:19-23. [Persian]
3. Ghazi Jahani B. Williams obstetrics. Cunninghamman FG. 2nd ed. Tehran: Medical Science Golban Press; 2005:681-685. [Persian]
4. Ebrahimi F, Sobhaniyan KH, Sotodeniya AH. Denfortns-obsteries and gynecology. Scott JR, Gibbs RS. 1st ed. Tehran: Nasle Farda Press; 2005;578. [Persian]
5. David H, Norman J. Gynecology illustrated 5th ed. London: Churchill living stone CO Press; 2000:301-338.
6. Mikki N, Abu-Rmeileh NM, Wick L, abu-Asab N, Hassan-Bitar S. Cesarean delivery rates, determinants and indications in Makassed Hospital, Jerusalem 1993 and 2003. *East Mediterr Health*. 2009;15:868-879.
7. Smimth JF, Hernandez C, Wax JR. Fetal laceration injury at Cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 1997;90:344-346.
8. The risk of cesarean section. A coalition for improving maternity services (CIMS) fact sheet. 2010:1-10.
9. Nagibi K, Allameh Z, Montazeri K. Normal Delivery vs. Caesarean; which one is better. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences Press; 2001: 38-40. [Persian]
10. Sufong GUO, Padmadas SS, Fengmin Z, Brown JJ, Stones RW. Delivery setting and cesarean section rates in China. *Bulletin of World Health Organization*. 2007;85:733-820.
11. 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. *Knowledge & Health*. 2009;4:36-39. [Persian]
12. Chaillet N, Dube E, Dugas M, Francour D, Dube J, Gagnon S, et al. Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce cesarean section rates in Quebec. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007;85:791-797.
13. Surgical procedures by ICD-9-CM. Caesarean section. OECD Health data 2010- version: June 2010.
14. Khosravi A, Najafi F, Rahbar MR. Health profile Indicators in the Islamic Republic of Iran. 1st ed. Center for Health Network Developmend & Health promotion Technical Group for Health Information Management & Technology secretariat for Health Applied Research; 2009:304-306.
15. Gibbons L, Belizan JM, Laure JA. The global number additionally and costs of additionally needed and unnecessary caesarean section performed per year: overus as a barrier to universal coverage. *World Health Report*; 2010.
16. Negahban T, Ansari Jaber A, Kazemi M. Preference Method of Delivery and It's Relevant Causes in View of Pregnant Women Referring to Public and Private Clinics in Rafsanjan City. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2006;5:161-168. [Persian]

17. Amir Ali Akbari S, Bahrami N, Tork Zahrani SH, Alavi Majd H. Knowledge and attitude of pregnant women regarding mode of delivery in women referring to Dezful health centers. *Journal of Nursing & Midwifery*. 2008;18:20-25. [Persian]
18. Faramarzi M. The survey of knowledge and attitude pregnant women related to normal delivery. *Journal of Babol Medical Science University*. 2002;4:39-42. [Persian]
19. Fathyian Z, Shwrfi-Rad GR, Hasan-Zadeh A. Study of the effects of Behavioral Intention Model education on reducing the cesarean rate among pregnant women of Khomeiny- Shahr , Isfahan, in 2006. *Tabib-e-Sharh Journal*. 2007;9:123-131. [Persian]
20. Sharifi-Rad GR, Baghiani-Moghadam MH, Fathyian F, Rezaeian M. The effect of health education using Behavior Intention Model on of cesarean in Khomains-Shahr, Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2009;14:105-110. [Persian]
21. Besharati F, Hazavehei SMM, 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. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2011;19:94-106. [Persian]
22. Rafee far SH. From health education to health. 1st ed. Tehran: Tandees Press; 2005:113-117. [Persian]
23. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Theory, Research, and Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass Press; 2008.
24. Vanden Bussche E, Crombez G, Eccleston C, Sullivan MJ. Why women prefer epidural analgesia during child birth: The role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *European Journal of Pain*. 2007;11:275-282.
25. Symons Downs D, Hausenblas HA. Women's exercise beliefs and behaviors during their pregnancy and postpartum. *J Midwifery Women's Health*. 2004;49:138-144.
26. Zhang J, Shi L, Chen D, Wang J, Wang J. Using the Theory of Planned Behavior to examine effectiveness of an educational intervention on infant feeding in China. *Prev Med*. 2009;49:529-534.
27. Mohammad Beigi A, Tabatabaee SHR, Mohammad Salehi N, Yazdani M. Factors influencing cesarean delivery method in SHiraz hospitals. *Iranian Journal of Nursing*. 2009;21:37-45. [Persian]
28. Kazemzadeh M, Pouralajal J, Ghazanfarzadeh B, Ghahramani M. Promotion of safe labor through training healthcare workers and pregnant women to reduce cesarean rate in Malayer (2004-2005). *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran*. 2007;25:149-153. [Persian]
29. Mehdizadeh A, Roosta F, Kamali Z. Evaluation of the effectiveness of antenatal preparation for child birth courses on the health of the mother and the newborn. *Journal of Iran University of Medical Sciences*. 2003;10:455-462.
30. Lashgari MH, Delavari S, Markazi-Moghadam N, Gorouhi F. Effects of training programs of pregnant women on their delivery type selection: A single blind, randomized control trail. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2005;3:679-684.
31. Sharifirad GH, Rezaeian M, Soltani R. A survey on the effects of husband's education of pregnant women on knowledge, attitude and reducing elective cesarean section. *Journal of Health Research*. 2010;6:7-13. [Persian]

The effect of education on base the Theory of Planned Behavior toward normal delivery in pregnant women with intention elective cesarean

F. Shahraki Sanavi, MSc¹ A. Navidian, PhD² F. Rakhshani, PhD³ A. Ansari-Moghaddam, PhD⁴

MSc of Health Education¹, Associate Professor Department of Family Counseling², Pregnancy Health Research Center, Associate Professor Department of Counseling and Statistics⁴, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. Professor Department of Health Education³, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

(Received 5 Feb, 2012 Accepted 19 Sep, 2012)

ABSTRACT

Introduction: Finding an appropriate training method for encouraging pregnant women toward performing vaginal delivery is necessary because of increasing growth of cesarean and its associated complications.

Methods: This semi- experimental study was carried out on a sample of 200 pregnant women who referred to the obstetrics offices of Zahedan during winter 2010 to summer 2011 by using non- probability sampling. Intervention group received training according to theory of planned behavior. After doing pretest using a validated and reliable questionnaire in both groups. Post- test was conducted after one month in both study groups. T-test, Chi-Square and Logistic regression were used for data analysis.

Results: Findings showed a significant statistical differences between two groups' knowledge, attitude and perceived behavior control, subjective norms and behavior scores after intervention ($P < 0.001$). Regression analysis revealed that behavioral intention and perceived control were two greatest predictors of behavior. Overall, natural delivery was seen in 22% of women in intervention group compared with 4% in control group.

Conclusion: The study finding showed that, education based on theory of planned behavior significantly increased natural delivery among study participants. Accordingly, it is recommended to adapt a policy which pregnant women to receive elective cesarean section training packages according to this theory and attend related group discussions.

Correspondence:
F. Rakhshani, PhD.
Faculty of Health Education
and Health Promotion, Shahid
Beheshti University of Medical
Sciences.
Tehran, Iran
Tel: +98 915 141 9262
Email:
frakhshani@gmail.com

Key words: Pregnant Women - Delivery - Cesarean