

بررسی تاثیر برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده در انتخاب روش زایمانی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر رشت

فرشته بشارتی^۱، دکتر سید محمد مهدی هزاوه‌ای^۲، دکتر بابک معینی^۳، دکتر عباس مقیم بیگی^۳

نویسنده‌ی مسؤؤل: همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشکده‌ی بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی Babak_moeini@umsha.ac.ir

دریافت: ۹۰/۱/۲۴ پذیرش: ۹۰/۵/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: طی سال‌های اخیر در اکثر کشورهای پیشرفته با استفاده از آموزش و سایر مداخلات سعی در کاهش میزان سزارین شده، اما در کشور ما علی رغم تلاش‌های انجام شده، آمار آن بسیار بالا است. هدف از این مطالعه تعیین تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در انتخاب روش زایمانی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر رشت بود.

روش بررسی: مطالعه‌ی حاضر یک مداخله‌ی نیمه تجربی است که بر روی ۷۲ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت در بهار و تابستان ۱۳۸۹ انجام شد. پس از انجام پیش آزمون با استفاده از پرسشنامه‌ی روا و پایا شده در دو گروه مداخله و شاهد، در گروه مداخله آموزش اختصاصی براساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، انجام گردید. در انتهای دوره‌ی بارداری، پس آزمون در هر دو گروه انجام شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که تفاوت آماری معنی داری در میانگین نمره‌ی آگاهی، ارزیابی از نتایج، نگرش ($P = 0/001$)، کنترل رفتار درک شده، هنجارهای انتزاعی، قصد رفتاری ($P < 0/05$) بین زنان باردار گروه‌های مداخله و شاهد بعد از انجام مداخله‌ی آموزشی وجود داشته، تفاوت آماری معنی داری از نظر عملکرد مشاهده گردید ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش مادران باردار در زمینه‌ی ترغیب به انجام زایمان طبیعی موثر بوده است. لذا طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی - مشاوره‌ای برای ترغیب مادران باردار به انجام زایمان طبیعی و کاهش میزان سزارین بر اساس تئوری‌های تغییر رفتار پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: زایمان طبیعی، سزارین، مادران باردار، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، آموزش بهداشت

مقدمه

زندگی زنان به حساب می‌آید (۱). اما یکی از نگرانی‌های جامعه در زمینه‌ی زایمان انجام سزارین است (۲). اگر چه سزارین در قرن گذشته نقش مهمی در کاهش مرگ و میر و

حاملگی یک پدیده‌ی فیزیولوژیکی است و پایان آن یعنی زایمان حادثه‌ای است که با ترس، نگرانی و حتی وحشت از مرگ همراه می‌باشد. زایمان یک تجربه‌ی بحرانی در دوره‌ی

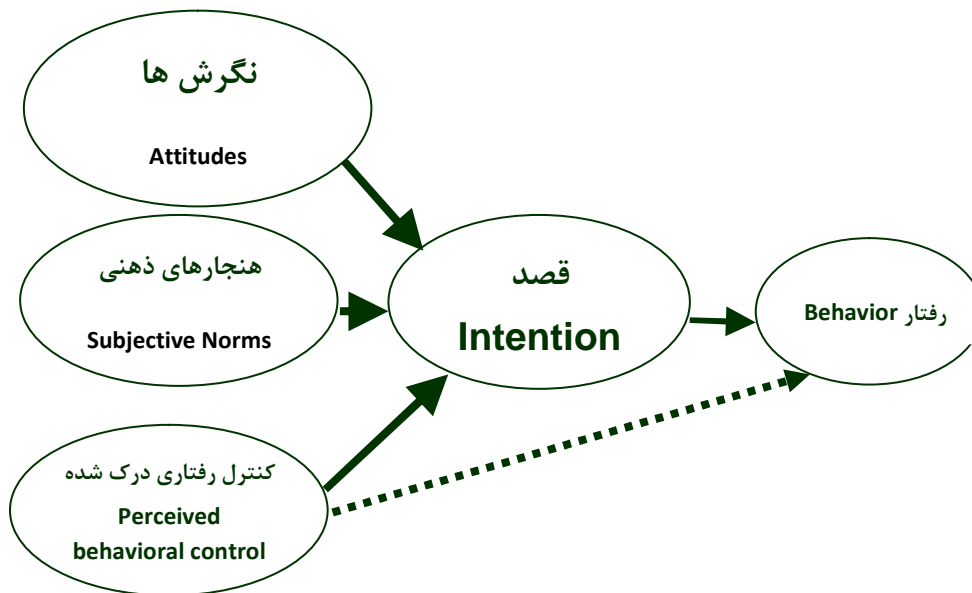
۱- کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان

۲- دکترای تخصصی آموزش بهداشت، استاد مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان

۳- دکترای تخصصی آمار زیستی، استادیار گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان

آگاهی آنان در زمینه‌ی زایمان در دوران بارداری می‌تواند موجب آمادگی روحی و روانی آنان جهت مقابله با درد زایمان و در نتیجه باعث کاهش سزارین‌های غیرضروری شود. که این مهم بر عهده‌ی آموزش بهداشت می‌باشد، در نتیجه مادران باردار می‌توانند با کسب آگاهی لازم و صلاح‌دید پزشک روش مناسبی را برگزینند و بی‌دلیل تن به سزارین ندهند (۱۷ و ۱۸). ارزش برنامه‌های آموزش بهداشت به میزان اثر بخشی این برنامه‌ها بستگی دارد و اثر بخشی برنامه‌های آموزش بهداشت به مقدار زیادی بستگی به استفاده صحیح از تئوری‌ها و مدل‌های مورد استفاده در آموزش بهداشت دارد (۱۹) و با توجه به اینکه الگوهای مطالعه‌ی رفتار می‌تواند در بررسی دیدگاه‌های مردم نسبت به رفتارهای بهداشتی حایز اهمیت باشند (۲۰). پس از بررسی زیاد روی مدل‌ها و تئوری مرتبط با رفتارهای بهداشتی، از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده [Theory of Planned Behavior – (TPB)] که در سال ۱۸۸۵ مطرح و در سال ۱۹۹۱ توسط آژن – Ajzen و فیشرین Fhishbin توسعه داده شد، استفاده خواهد شد. این تئوری بر سازه‌هایی استوار است که به شرح زیر می‌باشد. رفتار: روشی که فرد عمل می‌کند، سلوک و شیوه‌ی 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 از نظر یک فرد که دو عامل موجب شکل‌گیری آن می‌شود باورهای فردی و ارزیابی از نتایج رفتار، هنجارهای انتزاعی: اشخاص تحت تاثیر افراد مختلفی در جامعه قرار می‌گیرند مانند مادر، پزشک، رهبران دینی که دو عامل موجب شکل‌گیری آن می‌شود نرم‌های اعتقادی و انگیزه برای اطاعت و کنترل رفتار درک شده: درجه‌ای از احساس فرد در مورد اینکه انجام یا عدم انجام یک رفتار تا چه حد تحت کنترل ارادی وی می‌باشد که دو عامل اعتقادات کنترلی و توانمندی درک شده موجب شکل‌گیری آن می‌شود (۲۳-۲۱)، (دیاگرام ۱).

عوارض ناشی از زایمان در مادر و جنین داشته است. ولی مساله نگران کننده در مامایی مدرن میزان بالای سزارین می‌باشد که هر روزه انجام می‌شود (۳) در صورتی که شواهدی وجود ندارد که نشان دهد میزان اورژانس‌های مامایی نیز افزایش یافته باشد (۴). آمار سزارین در کل کشور ما تا سال ۱۳۸۴ به ۴۲/۳ درصد رسیده است. مطالعات نشان می‌دهد ۵۰ درصد زایمان‌ها در بخش دولتی و بیش از ۸۰ درصد زایمان‌ها در بخش خصوصی تهران به طریق سزارین انجام شده است (۵-۶). آمار دریافتی از استان گیلان در سال ۱۳۸۷ نشان می‌دهد که به‌طور کلی ۶۴ درصد از زایمان‌های صورت گرفته در سطح استان به صورت سزارین بوده است (۷). اما آمار منتشره در سایر نقاط جهان، میزان سزارین را در برزیل ۳۶ درصد، در ایتالیا ۲۲/۴ درصد، در انگلستان ۲۱/۴ درصد و در امریکا در سال ۲۰۰۴، ۲۹/۱ درصد نشان می‌دهد (۸-۹). سزارین‌های بدون اندیکاسیون از نظر علم مامایی هزینه زیادی بردوش خانواده‌ها گذاشته و مشکلاتی برای بیمارستان‌ها از نظر پرسنل و تجهیزات پزشکی به همراه دارد. در مقایسه با زایمان طبیعی دارای عوارض بیشتر و شدید از جمله خطر بی‌هوشی، عفونت پس از عمل، میزان خونریزی زیاد و ترومبوآمبولی می‌باشد (۳، ۱۰). به طور کلی مرگ و میر به دنبال سزارین نسبت به زایمان طبیعی ۲ تا ۴ برابر افزایش دارد (۱۱). از مهم‌ترین علت‌ها در افزایش میزان سزارین را می‌توان شرایط اقتصادی-اجتماعی، پارتیتی مادر، بالا رفتن سن زنان در اولین حاملگی، ترس از شکایت بیماران، ترجیح پزشکان و فلسفه‌ی آموزش و تمرین در پزشکی، محرک‌های مالی، بهره‌وری از تکنولوژی، آگاهی و نگرش مادر نسبت به روش‌های زایمانی و درخواست مادر ذکر کرد (۱۵-۱۲، ۳). براساس مطالعات انجام گرفته در ایران یکی از دلایل عمده سزارین اصرار خود مادر به دلیل ترس از درد زایمان می‌باشد (۱۶-۱۷). راهنمایی و آموزش زنان باردار به منظور افزایش



دیاگرام ۱: مدل رفتار برنامه‌ریزی شده

است و با توجه به اینکه عوارض مادری و جنینی متعاقب سزارین هزینه‌ی اقتصادی گزافی بر خانواده و جامعه وارد می‌سازد و با توجه به اینکه تاکنون از این تئوری در ایران برای آموزش مادران باردار در جهت کاهش میزان سزارین استفاده نشده و همچنین از محدود تئوری‌هایی می‌باشد که به فاکتورهای اجتماعی در ایجاد رفتار توجه خاصی نشان می‌دهد این مطالعه با هدف ترغیب زنان باردار به انجام زایمان طبیعی و کاهش میزان سزارین از طریق مداخله آموزشی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده طراحی شده است. انتظار می‌رود که پژوهش حاضر بتواند در ارزیابی راهکار مناسب به منظور کاهش میزان سزارین و ارتقای سلامت مادران و نوزادانشان نتایج سودمندی را ارائه دهد.

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی می‌باشد که در ابتدا ۸۰ زن حامله در هفته‌ی ۲۸ تا ۳۲ بارداری

مطالعات متعددی در مورد میزان آگاهی و نگرش مادران باردار در مورد روش‌های زایمانی، میزان سزارین و دلایل افزایش سزارین، در ایران و کشورهای دیگر انجام شده (۲۴-۲۷) اما مطالعات مداخله‌ای کمی برای کاهش میزان سزارین (افزایش زایمان طبیعی) انجام شده از جمله می‌توان به مطالعات زیر اشاره کرد: فتحیان و همکاران (۲۸) به بررسی تاثیر آموزش با استفاده از مدل قصد رفتاری بر کاهش میزان سزارین پرداختند. پژوهش آنان نشان داد که با آموزش می‌توان میزان سزارین را در زنان باردار کاهش داد. رحیمی‌کیان (۲۹) در پژوهشی با عنوان تاثیر آموزش بر اساس باور بهداشتی بر انتخاب روش زایمان اعلام کرد که آموزش از طریق مدل باور بهداشتی در تمایل زنان باردار به انتخاب و انجام زایمان طبیعی موثر بوده است. توفیقی و همکاران (۳۰) نیز در مطالعه‌ی خود نشان دادند که آموزش در دوران بارداری در کاهش انتخاب سزارین موثر است. با توجه به نتایج فوق و از آنجایی که میزان سزارین در کشور نسبت به آمارهای اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی بالاتر

مراجعه کننده به پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت بر اساس فرمول زیر انتخاب شدند (برای هر گروه ۴۰ نفر).

$$n = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) \left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

جهت انجام نمونه‌گیری ابتدا بر اساس مطالعه‌ی راهنما (۱۶) از بین مراکز و پایگاه‌های بهداشتی درمانی شهر رشت به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای ۶ پایگاه و مرکز بهداشتی درمانی به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس برای انجام پژوهش حاضر از بین ۶ پایگاه و مرکز بهداشتی درمانی ذکر شده به صورت تصادفی ساده ۲ مرکز و ۱ پایگاه به عنوان گروه مداخله، ۲ مرکز و ۱ پایگاه به عنوان گروه شاهد برگزیده شدند. از معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان باردار شکم اول یا دوم با سن حاملگی ۲۸ تا ۳۲ هفته و با سن کمتر از ۳۵ سال، زنان باردار فاقد سقط‌های مکرر و زنان شکم دومی که زایمان قبلی شان زایمان طبیعی بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم حضور مستمر زنان باردار در جلسات آموزشی، زایمان زودرس و در دسترس نبودن مادران باردار در هنگام تکمیل پرسشنامه‌ی پس آزمون بود. لازم به ذکر است که ۴ نفر از گروه شاهد به دلیل تکمیل نکردن پرسشنامه پس آزمون از مطالعه خارج شدند و در گروه مداخله نیز ۱ نفر به دلیل زایمان زودرس، ۱ نفر به دلیل مسافرت و ۲ نفر به دلیل حضور نامنظم در کلاسها از مطالعه خارج شدند که در نهایت برای گروه شاهد ۳۶ نفر و برای گروه مداخله نیز ۳۶ نفر در مطالعه شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای حاوی ۶۱ سوال مشتمل بر ۲ بخش بود. بخش اول سوالات دموگرافیک و مامایی با ۸ سوال و آگاهی با ۱۰ سوال و بخش دوم شامل ارزیابی از نتایج با ۱۰ سوال، نگرش با ۱۶ سوال، کنترل رفتاری درک شده با ۳ سوال، هنجارهای انتزاعی

با ۵ سوال و ۱ سوال در مورد قصد رفتاری فرد برای نوع زایمان بود. سوالات ارزیابی از نتایج، نگرش، کنترل رفتار درک شده با استفاده از مقیاس لیکرت پنج تایی از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم طبقه‌بندی شد. و سوالات هنجارهای انتزاعی با استفاده از مقیاس لیکرت سه تایی طبقه بندی شد و سوالات آگاهی به صورت چند گزینه‌ای طراحی شد. سوال قصد رفتاری کیفی بود و نمرات آگاهی ارزیابی از نتایج، نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتار درک شده از ۱۰۰ تراز شدند. جهت تعیین روایی ابزار از روش روایی محتوی استفاده شد، بدین صورت که پرسشنامه‌ای با استفاده از منابع و کتب معتبر و پرسشنامه‌ی فتحیان و همکاران (۲۸) تهیه و با تایید متخصصین و اساتید راهنما اصلاحات لازم صورت گرفت و پایایی آن‌ها از طریق آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت (α=۰/۸۷). قبل از مداخله‌ی آموزشی پرسشنامه مذکور در هر دو گروه مداخله و شاهد به صورت خود گزارش دهی تکمیل شد. سپس مداخله آموزشی بر اساس تئوری TPB برای زنان باردار گروه مداخله و مادر و دوستان آنان طی ۴ جلسه‌ی آموزشی ۵۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای به صورت سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ توسط محقق اجرا شد. دو جلسه برای افزایش آگاهی مادران باردار، یک جلسه در مورد تغییر در نگرش زنان باردار در زمینه روش‌های زایمانی و ارزیابی مثبت آنان از زایمان طبیعی و جلسه‌ی آخر نیز در مورد کنترل رفتاری زنان باردار و قصد آنان در انتخاب بهترین نوع زایمان برگزار شد. آموزش به شوهران زنان باردار گروه مداخله به صورت غیر مستقیم و توسط خود زنان باردار انجام شد. و همچنین کتابچه‌ی آموزشی با عنوان راهنمای آموزشی برای مادران باردار در انتخاب نحوه‌ی زایمان در اختیار آنان گذاشته شد و گروه شاهد فقط آموزش‌های روتین و جاری را توسط ماماها‌ی مراکز بهداشتی دریافت نمودند. پس از اتمام برنامه‌های آموزشی افراد تحت مطالعه تا هفته‌ی ۳۸ بارداری و قبل از تکمیل کردن پرسشنامه

مشاهده نشد. همچنین با استفاده از آزمون کای دو اختلاف معنی‌داری بین دو گروه شاهد و مداخله از نظر تحصیلات و شغل زنان و همسرانشان و تعداد حاملگی و میزان درآمد وجود ندارد. آزمون T مستقل نشان داد که قبل از مداخله‌ی آموزشی تفاوت معنی‌داری در دو گروه مداخله و شاهد از نظر متغیرهای آگاهی، ارزیابی از نتایج، نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتار درک شده وجود ندارد. همچنین بر اساس آزمون کای دو تفاوت معنی‌داری در دو گروه مداخله و شاهد از نظر قصد زنان در انتخاب بهترین نوع زایمان قبل از آموزش وجود ندارد (جدول ۱). این جدول نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی آگاهی گروه مداخله از ۴۷/۵ درصد قبل از انجام مداخلات آموزشی به ۸۹/۲ درصد پس از پایان مداخلات آموزشی افزایش یافته است، براساس آزمون T زوجی این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است ($P < ۰/۰۰۰۱$). در حالی که این اختلاف در گروه شاهد معنی‌دار نبوده است ($P = ۰/۶۴۲$). میانگین نمره‌ی نگرش نسبت به روش‌های زایمانی در گروه مداخله از ۶۶/۴۵۸ درصد قبل از انجام آموزش به ۸۳/۲۲۸ درصد پس از اتمام کلاس‌های آموزشی رسید. آزمون T زوجی نشان داد که این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است ($P < ۰/۰۰۰۱$) و این درحالی است که میانگین نمره‌ی نگرش در گروه شاهد از ۷۰/۴۱۶ درصد به ۶۹/۳۷۵ درصد کاهش یافته و این تفاوت معنی‌دار نبوده است ($P = ۰/۶۰۹$).

پس آزمون هفته‌ای یکبار مورد پیگیری محقق در مراکز بهداشتی یا به صورت تلفنی قرار گرفتند و در هفته‌های آخر بارداری (۳۸ تا ۴۰) پرسشنامه‌ی اولیه مجدداً توسط دو گروه تکمیل گردید. در انتها مطالعه با مراجعه به پرونده‌های بهداشتی یا با تماس تلفنی با مادران باردار نوع زایمان ثبت گردید.

کلیه‌ی تجزیه و تحلیل‌های این مطالعه با استفاده از آزمون‌های مک‌نیمار، T مستقل، T زوجی و آزمون کای دو انجام گردید. همچنین از آزمون کولموگروف اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های پیوسته استفاده شد. چون در این آزمون برای هر یک از داده‌ها P کمتر از ۰/۰۵ بود، نشان‌دهنده‌ی نرمال بودن داده‌ها بوده است. گفتنی است که آزمون‌های پژوهش در زمینه‌ی چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام این طرح توجیه و تمامی شرکت‌کنندگان با دادن رضایت‌نامه‌ی کتبی با تمایل وارد مطالعه شده بودند.

نتایج

با توصیف اطلاعات جمع‌آوری شده در این مطالعه، میانگین سنی زنان در گروه مداخله $۴/۱۹۹ \pm ۲۳/۹۷$ و در گروه شاهد $۲۵/۳۶ \pm ۵/۰۸۹$ سال بود. نتایج نشان می‌دهد ۶۱/۱ درصد از شرکت‌کنندگان گروه مداخله و ۴۴/۴ درصد شرکت‌کنندگان گروه شاهد دارای تحصیلات دیپلم بودند. ۹۴/۴ درصد از کل شرکت‌کنندگان خانه‌دار بودند. ۴۴/۴ درصد از همسران شرکت‌کنندگان در هر دو گروه مداخله و شاهد دارای تحصیلات دیپلم بودند. همچنین ۳۶ نفر (۵۰ درصد) از همسران شرکت‌کنندگان در هر دو گروه دارای شغل آزاد بودند. ۸۳/۳ درصد از شرکت‌کنندگان گروه مداخله و ۸۸/۹ درصد از شرکت‌کنندگان گروه شاهد نخست‌زا بودند. براساس آزمون تی مستقل اختلاف معنی‌داری از نظر میانگین سنی زنان باردار در دو گروه شاهد و مداخله

جدول ۱: نمرات آگاهی، ارزیابی از نتایج، نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتار درک شده قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه‌های مورد پژوهش مراجعه کننده به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی درمانی شهر رشت در سال ۱۳۸۹

P-value	گروه شاهد	گروه مداخله	گروه‌ها	متغیر
	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین		
				آگاهی
۰/۶۰۸	۴۵/۵ (۱۵/۸۵)	۴۷/۵ (۱۲/۹۵)	قبل از آموزش	
۰/۰۰۰	۴۷/۲ (۱۵/۹۷)	۸۹/۲ (۱۵/۱۹)	بعد از آموزش	
	۰/۶۴۲	۰/۰۰۰		p-value (T زوجی)
				ارزیابی از نتایج
۰/۴۰۰	۶۶/۹۴۴ (۱۴/۷۵۴)	۶۴/۳۸۸ (۱۰/۴۹۴)	قبل از آموزش	
۰/۰۰۰	۶۸/۱۶۶ (۱۴/۲۶۶)	۸۰/۳۸۸ (۱۲/۲۴۴)	بعد از آموزش	
	۰/۴۹۴	۰/۰۰۰		p-value (T زوجی)
				نگرش
۰/۳۲۰	۷۰/۴۱۶ (۲۰/۰۸۲)	۶۶/۴۵۸ (۱۲/۶۵۵)	قبل از آموزش	
۰/۰۰۰	۶۹/۳۷۵ (۱۷/۳۶۳)	۸۳/۲۲۸ (۱۳/۵۲۴)	بعد از آموزش	
	۰/۶۰۹	۰/۰۰۰		p-value (T زوجی)
				هنجارهای انتزاعی
۰/۹۳۰	۷۲/۲۵۶ (۱۸/۸۲۹)	۷۲/۶۲۳ (۱۶/۸۵۵)	قبل از آموزش	
۰/۰۴۴	۷۱/۸۸۹ (۱۹/۹۱۷)	۸۰/۲۲۰ (۱۴/۰۳۴)	بعد از آموزش	
	۰/۷۰۱	۰/۰۰۰		p-value (T زوجی)
				کنترل رفتار درک شده
۰/۵۴۴	۶۷/۹۹۴ (۲۶/۷۲۰)	۶۴/۹۵۰ (۱۹/۱۲۳)	قبل از آموزش	
۰/۰۳۸	۶۷/۹۹۴ (۲۴/۹۹۹)	۷۸/۱۵۶ (۱۴/۴۹۴)	بعد از آموزش	
	۱/۰۰۰	۰/۰۰۰		p-value (T زوجی)

(نمرات از ۱۰۰ تراز شده‌اند)

مورد مطالعه در میانگین نمرات آگاهی، ارزیابی از نتایج، نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتار درک شده وجود دارد. در زمینه‌ی قصد برای انتخاب نوع زایمان در گروه مداخله قبل از آموزش ۵۲/۸ درصد از مادران قصد انجام زایمان طبیعی و ۴۷/۲ درصد قصد انجام سزارین را داشتند. که پس از اتمام برنامه‌ی آموزشی قصد انجام زایمان طبیعی به

همچنین در مورد متغیرهای ارزیابی از نتایج، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتار درک شده آزمون t زوجی نشان‌دهنده‌ی وجود تفاوت معنی‌دار آماری بین میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله‌ی آموزشی در گروه مداخله بود در حالی که در گروه شاهد تفاوت آماری مشاهده نشد. بر اساس نتایج جدول ۱ تفاوت معنی‌داری بعد از مداخله‌ی آموزشی بین دو گروه

طبیعی به ۵۲/۸ درصد رسید و قصد انجام سزارین به ۴۷/۲ درصد کاهش یافت که این اختلاف معنی‌دار نبود ($P = 1/000$). همچنین براساس آزمون کای دو تفاوت معنی‌داری بین دو گروه شاهد و مداخله بعد از آموزش از نظر قصد رفتاری مشاهده شد ($P = 0/005$) (جدول ۲)

۸۳/۳ درصد افزایش یافت درحالی که قصد انجام سزارین به ۱۶/۷ درصد کاهش یافت که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($P = 0/001$). در گروه شاهد ۵۰ درصد از مادران قصد انجام زایمان طبیعی و ۵۰ درصد قصد انجام سزارین را داشتند که در بررسی مجدد قصد انجام زایمان

جدول ۲: فراوانی نوع زایمان در پایان مطالعه در دو گروه مورد پژوهش مراجعه‌کننده‌ی به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی درمانی

شهر رشت در سال ۱۳۸۹

گروه شاهد		گروه مداخله		نوع زایمان
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۷/۸	۱۰	۴۱/۷	۱۵	زایمان طبیعی
۲۲/۲	۸	۳۶/۱	۱۳	سزارین به دلیل پزشکی
۵۰	۱۸	۲۲/۲	۸	سزارین انتخابی
۱۰۰	۳۶	۱۰۰	۳۶	جمع کل

$X^2 = 6/037$, $df = 2$, $P\text{-value} = 0/04$

یافته‌های مطالعه به طور کلی نشان می‌دهد که استفاده از این تئوری در کاهش سزارین انتخابی می‌تواند موثر باشد در پژوهش حاضر میزان آگاهی مادران نسبت به روش‌های زایمانی و مزایا و معایب آن‌ها در هر دو گروه مداخله و شاهد، در شروع مطالعه پایین بود. که علت آن را می‌توان عدم کفایت آموزش‌های لازم در مراکز بهداشتی درمانی دانست و از آنجایی که نمره‌ی آگاهی مادران در گروه مداخله بعد از برنامه‌های آموزشی ۴۱/۷ درصد افزایش یافت. می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که آموزش حاضر در ارتقای سطح آگاهی مادران باردار نسبت به آموزش‌های غیرسیستماتیک تاثیر بیشتری داشته است. این یافته‌ها مشابه نتایج حاصل از مطالعه‌ی فتحیان و همکاران (۲۸) می‌باشد. آنان در مطالعه‌ی خود بر روی ۱۴۰ مادر باردار پس از اجرای ۳ جلسه‌ی برنامه آموزشی توانستند آگاهی مادران باردار نسبت به روش‌های زایمانی و مزایا و معایب آن روش‌ها را ۳۰/۱ درصد افزایش دهند. مطالعه‌ی لشگری و همکاران (۳۱) نیز نشان دهنده‌ی

نتایج جدول ۲ عملکرد زنان را در انتخاب نوع زایمان نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود میزان زایمان طبیعی در دو گروه شرکت‌کننده ۶۹/۵ درصد بوده است. که میزان زایمان طبیعی در گروه مداخله ۴۱/۷ درصد و در گروه شاهد ۲۷/۸ درصد می‌باشد. و آزمون کای دو تفاوت آماری معنی‌داری را بین دو گروه شاهد و مداخله در انتخاب روش زایمانی نشان می‌دهد ($P = 0/04$). البته با حذف گروه سزارین پزشکی می‌توان گفت ۶۵/۲۲ درصد از گروه مداخله و ۳۵/۷۱ درصد از گروه شاهد زایمان طبیعی را انتخاب کردند. همچنین ۳۴/۷۸ درصد در گروه مداخله و ۶۴/۲۹ درصد در گروه شاهد سزارین انتخابی را برگزیدند.

بحث

این مطالعه با استفاده از مداخله‌ی آموزشی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده برای ترغیب مادران باردار به زایمان طبیعی و کاهش سزارین در شهر رشت انجام شد.

تحت عنوان بررسی تاثیر آموزش بر آگاهی و نگرش زنان باردار در زمینه‌ی سزارین و اتاقی (۳۳) با عنوان تعیین میزان تاثیر آموزش پیش از زایمان بر مادران باردار شکم اول در انتخاب روش ختم حاملگی می‌باشد. همچنین میانگین هنجارهای انتزاعی در گروه مداخله بعد از آموزش افزایش معنی‌داری داشت. درحالی که در گروه شاهد تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. همچنین در دو گروه پژوهشی بعد از آموزش تفاوت معنی‌داری مشاهده شد که نشان دهنده‌ی تاثیر مثبت برنامه‌ی آموزشی اجرا شده می‌باشد. لازم به ذکر است که هنجارهای انتزاعی در این مطالعه مادر، دوست و شوهر زنان باردار بودند که برای آنان جلسات آموزشی به صورت مستقیم و غیرمستقیم برگزار شده بود. نتایج نشان داد که این افراد به عنوان هنجارهای انتزاعی پس از مداخله‌ی آموزشی تاثیر معناداری در بهبود دیدگاه مادران باردار نسبت به زایمان طبیعی و کاهش سزارین داشته‌اند. نتایج حاصله در این خصوص با یافته‌های مطالعات شریفی‌راد و همکاران (۳۴) همچنین کارون و همکاران (۳۵) که با بهره‌گیری از تئوری رفتار برنامه‌ریزی توانستند تاثیر آموزش را در تغییر معنی‌دار اعتقاد نرمی در بین گروه مداخله گزارش کنند، همخوانی دارد. نتایج مطالعه‌ی حاضر در زمینه‌ی تاثیر مداخله آموزشی بر متغیر کنترل رفتار درک شده نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی کنترل رفتار درک شده در گروه مداخله بعد از آموزش افزایش یافته است و این در حالی است، که میانگین نمره‌ی کنترل رفتار درک شده در گروه شاهد در بررسی مجدد هیچ تغییری نداشت. همچنین تفاوت معنی‌داری بین دو گروه شاهد و مداخله بعد از جلسات آموزشی مشاهده شد. که این یافته‌ها مشابه یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی نیکنامی و همکاران (۳۶) که با بهره‌گیری از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و به منظور ارتقای انجام ماموگرافی در زنان شاغل صوت گرفت، می‌باشد. عموماً رفتار به دنبال قصد اتفاق افتاده و بدون قصد، رفتاری اتفاق نخواهد افتاد. در مطالعه‌ی حاضر تفاوت

افزایش میزان آگاهی در مادران باردار مورد مطالعه بعد از انجام مداخله‌ی آموزشی بوده است. در گروه مداخله میانگین نمره‌ی ارزیابی از نتایج زایمان بعد از مداخله آموزشی افزایش داشته است و همچنین تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره‌ی ارزیابی از نتایج زایمان در گروه‌های مورد پژوهش بعد از مداخله‌ی آموزشی مشاهده می‌شود که نشان دهنده‌ی تاثیر مثبت برنامه‌ی آموزشی اجرا شده در افزایش میزان ارزیابی از نتایج زایمانی می‌باشد. این یافته‌ها با مطالعه‌ی بررسی تاثیر آموزش در کاهش سزارین انتخابی در خانم‌های باردار شهر تهران (۱۷) و مطالعه‌ی تاثیر آموزش بهداشت با بهره‌گیری از مدل قصد رفتاری بر سزارین در خمینی شهر (۲۸) همخوانی دارد. اعتقادات رفتاری فرد از طریق کسب اطلاعات به وجود می‌آید. زمانی که یک فرد اعتقاد مثبتی در مورد نتایج رفتار داشته باشد، ارزیابی مثبتی از آن رفتار خواهد داشت. در پژوهش حاضر در گروه مداخله میزان آگاهی مادران باردار نسبت به روش‌های زایمانی و مزایا و معایب آن‌ها افزایش یافته که باعث افزایش اعتقاد مثبت مادران نسبت به زایمان طبیعی شده است. در نتیجه مادران باردار بعد از آموزش ارزیابی مثبت‌تری نسبت به زایمان طبیعی داشتند. نتایج مطالعه‌ی حاضر در خصوص تاثیر مداخله‌ی آموزشی در تغییر نگرش زنان باردار نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی نگرش نسبت به زایمان طبیعی بعد از آموزش در گروه مداخله افزایش داشت. اما در گروه شاهد میانگین نمره‌ی نگرش کاهش پیدا کرد از آنجایی که این گروه آموزش تئوری محوری دریافت نکرده بودند می‌توان علت کاهش در نمره‌ی نگرش را نزدیک شدن به تاریخ زایمان و ترس مادران از زایمان ذکر کرد و همچنین تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره‌ی نگرش در دو گروه مداخله و شاهد بعد از مداخله‌ی آموزشی مشاهده می‌شود که این موضوع تاثیر آموزش در تغییر نگرش مادران باردار نسبت به روش‌های زایمانی را نشان می‌دهد و این یافته‌ها مشابه یافته‌های عمیدی (۳۲)

مداخله نسبت به گروه شاهد ۲۷/۸ کاهش یافته است. کاظم‌زاده و همکاران (۳۸) به این نتیجه رسیدند که بین کاهش سزارین انتخابی و آموزش زایمان ایمن رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. آنان توانستند میزان سزارین را در ملایر از ۵۲ درصد در سال ۸۱ به ۳۱ درصد در سال ۸۳ کاهش دهند. عمیدی و همکاران (۳۲) نیز در مطالعه‌ی خود نشان دادند پس از مداخله‌ی آموزشی انجام سزارین بدون دلیل پزشکی در گروه مداخله کمتر از گروه شاهد بود.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج حاصل از این مطالعه نشان دهنده‌ی وجود تفاوت آماری معنی‌دار در متغیرهای آگاهی و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بعد از پایان مداخله‌ی آموزشی در بین دو گروه مداخله و شاهد می‌باشد. بالا بودن میزان زایمان طبیعی نسبت به سزارین انتخابی در گروه مداخله و همچنین بالاتر بودن میزان زایمان طبیعی در گروه مداخله در مقایسه با شاهد حاکی از تاثیر مثبت برنامه‌ی آموزشی اجرا شده می‌باشد. لذا به نظر می‌رسد اگر پزشکان، ماماها و کارمندان بهداشتی بر اساس تئوری و مدل‌های تغییر رفتار به خصوص تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده به آموزش مادران باردار در زمینه‌ی ترغیب آنان به زایمان طبیعی بپردازند، می‌تواند نتایج سودمندی در برداشته باشد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه با حمایت مالی دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان در قالب پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت به شماره ثبت ۴۴۵۹۵ مورخه ۱۳۸۹/۳/۲۹ انجام یافته است. محققین از مسوولین محترم بهداشتی شهر رشت و مادران عزیز که در اجرای طرح همکاری و مشارکت صمیمانه‌ای داشتند، نهایت تشکر و قدردانی را به‌عمل می‌آورند.

معنی‌داری در میانگین قصد مادران باردار نسبت به انتخاب بهترین روش زایمانی قبل و پس از آموزش در دو گروه مداخله و شاهد مشاهده می‌شود. همچنین در گروه مداخله بعد از اجرای برنامه‌های آموزشی ۸۳/۳ درصد مادران تمایل به زایمان طبیعی داشتند در مقابل ۱۶/۷ درصد که تمایل به سزارین داشتند در حالی که در گروه شاهد در بررسی مجدد تغییر آنچنانی در قصد مادران باردار نسبت به انتخاب بهترین روش زایمانی دیده نشد. که این یافته‌ها احتمالاً نشان دهنده‌ی تاثیر برنامه‌ی آموزشی طراحی شده می‌باشد. نتایج حاصله در این خصوص با یافته‌های مطالعه‌ی فتحیان و همکاران (۲۸) مطابقت دارد، آنان در مطالعه‌ی خود نشان دادند که قصد مادران برای انجام زایمان طبیعی قبل و بعد از انجام آموزش در گروه مداخله و بعد از انجام آموزش بین گروه شاهد و مداخله تفاوت معنی‌داری داشت. همچنین پیمان (۳۷) نیز در مطالعه‌ی خود بر روی زنان به منظور کاهش حاملگی ناخواسته به تفاوت آماری معنی‌دار بین قصد رفتاری گروه مداخله و شاهد بعد از برنامه‌ی آموزشی اشاره دارد. تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه شاهد و مداخله در عملکرد یعنی انتخاب روش زایمانی دیده می‌شود. همانگونه که از نتایج جدول ۶ مشاهده می‌شود، ۴۱/۷ درصد در گروه مداخله و ۲۷/۸ درصد در گروه شاهد زایمان طبیعی را برگزیدند. همچنین در گروه شاهد میزان سزارین انتخابی بیشتر از گروه مداخله بود اما نکته‌ی قابل بحث میزان سزارین به دلایل پزشکی می‌باشد که ۳۶/۱ درصد در گروه مداخله و ۲۲/۲ درصد در گروه شاهد سزارین به دلیل پزشکی را انجام داده بودند. سوالی که مطرح می‌شود این است که آیا همه این سزارین‌ها به دلایل پزشکی بوده است؟ با حذف گروه سزارین پزشکی می‌توان گفت در مطالعه‌ی حاضر با اجرای برنامه‌ی آموزشی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده میزان زایمان طبیعی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد ۲۹/۵۷ درصد افزایش یافته است و همچنین میزان سزارین انتخابی در گروه

References

- 1- Villar J. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: The 2005 WHO global survey on maternal and prenatal health in Latin America. *Lancet*. 2006; 367: 1819-29.
- 2- Hankins GD, Clark SM, Munn MB. *Semin Perinatal*. 2006; 30: 276-87.
- 3- Cunningham FG, Leveno K, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap L, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. New York: Mc Graw Hill: 2005.
- 4- Anthony BA. Is planned cesarean childbirth a safe alternative? *CMAJ*. 2007; 176: 475-6.
- 5- Fathian Z, Sharifirad GR, Fathian Z, Pezeshkihebi F. Frequency of cesarean section and its related factors in Khomeinshahr-Isfahan province 2005. *Health System Research Journal*. 2011; 6: 786-793.
- 6- The National Institutes of Health (NIH) Consensus Development Program, NIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. *NIH Consens State Sci Statements*. 2006; 23: 1-29.
- 7- Moeini B, Besharati F, Hazavehi SMM, Moghimbeigi A. Women's Attitudes toward Elective Delivery Mode Based on the Theory of Planned Behavior. *J Guilan Univ Med Sci*. 2011. 20: 68-76.
- 8- Lin HC, Irasagar S. Institutional factors in Cesarean delivery rates: Policy and research implications. *Obs and Gyn*. 2004; 103: 128-36.
- 9- Lobel M, De Luca R. Psychosocial sequel of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Soc Sci Med*. 2007; 64: 2272-84.
- 10- Wilkinson C, Meilwaine G, Boution Jones C. Is arising cesarean section rate inevitable? *Br J Obstet Gynecol*. 1998; 105: 45-52.
- 11- Rivlin ME, R Martin. *Manual of clinical problems in obstetrics and gynecology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- 12- Klein M. Obstetrician's fear of childbirth: How did it happen? *Birth*. 2005; 32: 207-209.
- 13- Gamble J, Creedy D, McCourt C, Weaver J, Beake S. A critique of the literature on Women's request for a cesarean section. *Birth*. 2007; 34: 331-40.
- 14- Stoll K, Fairbrother N, Carty E, Jordan N, Miceli C, Vostrcil Y, Willihnganz L. It's All the Rage These Days: University students' attitudes toward vaginal and cesarean birth. *Birth*. 2009; 36: 133-140.
- 15- Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Fre M, Cuttini M. Cesarean delivery on maternal request: Can the ethical problem be solved by the principlist approach? *BMC Med Ethics*. 2008; 9: 1-8.
- 16- Hazavehei SMM, Besharati F, Moeini B, Moghimbeigi A. View of women to select delivery mode based on theory of planned behavior in rasht. [Research Final Report] Hamadan: Hamadan University of Medical Sciences; 2010.
- 17- Tavasoli M. The effects of education on elective cesarean reduce in pregnant women.

[Dissertation] Tehran: The University Of Tarbiat Modarres; 2001.

18- 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: 32-41.

19- Allahverdipoor H. Passing through traditional health education towards theory-oriented health education. *Health Promotion Edu J*. 2005; 1: 75-9.

20- Brown KM. Research/theories/models. Theory of reason action / planned behavior overview. University of South Florida. Retrieved February 26, 2009, Available from: <http://hsc.usf.edu/~kmbrown/Research.htm>

21- Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior Human Decision Processes*. 1991; 50, 179-211.

22- Glanz K, Lewis M, Rimer BK. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.

23- Butler T. Principles of health education and health promotion. USA: Morton Publishing Company; 2001.

24- Alimohammadian M, Shriat M, Mahmoodi M, Ramezanzadeh F. Choice of delivery in Tehran and some related factors. *J Family and Reproductive Health*. 2007; 2: 81-5.

25- Mostafazadeh F, Mashofi M, Rostamnezad M. Attitude of pregnant women toward cesarean and vaginal deliveries in Ardabil. *J Ardabil Med Sci Uni*. 2007; 6: 403-8.

26- Althabe F, Belizan JF. Caesarean section: The paradox. *The Lancet*. 2006; 368: 1472-3.

27- Chong ESY, Mongelli M. Attitude of Singapore women toward cesarean and Vaginal deliveries. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003; 80: 189-61

28- Fathyian Z, Sharifirad GR, Hasanzadeh A, Fathyian Z. The effect of education on knowledge, attitude and function in pregnant women than normal vaginal delivery, according intention model in Khomainy-shahr. *J Tabib Shargh*. 2007; 9: 123-31.

29- Rahimi Kian F, Mirmohamad Aliei M, Mehran A, Abouzari Gazafroudi K, Salmani Barough N. Effect of education designed based on health belief model on choosing delivery mode. *Hayat*. 2008- 2009; 14: 25-32.

30- Tofighi Niaki M, Behmanesh F, Mashmouli F, Azimi H. The effect of prenatal group education on knowledge, attitude and selection of delivery type in primiparous women. *Iranian J Medical Education*. 2010; 10: 124-9.

31- Lashgari MH, Delavari S, Markazi Moghaddm N, Gorouhi F. Effects of training program women on their delivery type selection: A single blind, randomized control trial. *J Army University of Medical Science of Iran*. 2006; 3: 679-84.

32- Amidi M, Akbarzadeh K. The effects of health education on pregnant woman's knowledge and attitude on cesarean section. *J Ilam med sci uni*. 2005; 13: 17-25.

- 33- Atqayy A. Evaluation the amount of educating complication before delivery on the selection of type delivery in first pregnancy of healthy mothers. (Natural vaginal delivery-elective cesarean) [Dissertation]. Kerman: Kerman University of Medical Sciences; 2006.
- 34- Sharifirad GR, Baghiani Moghadam MH, Fathiyan F, Rezaeian M. The effect of health education using behavior intention model on cesarean in Khomainy-shahr, Iran. *IJNMR*. 2009; 14: 105-10.
- 35- Caron F, Godin G, Otise J, Lambert LD. Evaluation of a theoretically based AIDS-STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom among adolescents attending high school. *Health Educ Res*. 2004; 19: 133-48.
- 36- Niknami Sh, Hatefnia E, Mahmoudi M, Lamieian M. The effects of theory of planned behavior based education on the promotion of mammography performance in employed women. *J Birjand Med Sci Uni*. 2010; 17: 50-8.
- 37- Peyman N. Modifying and evaluating of steps of behavior change (SBC) model integrated with self efficacy theory in order to decrease unwanted pregnancy. [Dissertation] Tehran: University of Tarbiat Modarres; 2007.
- 38- 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). *J Medical Council Of IRIN*. 2007; 25: 149-53.

Effect of Educational Interventions Based on Theory of Planned Behavior (TPB) in Selecting Delivery Mode among Pregnant Women Referred to Rasht Health Centers

Besharati F¹, Hazavehei SMM², Moeini B², Moghimbeigi A³

¹Dept. of Public Health, Faculty of health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

²Research Center for Health Sciences and Dept. of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³Dept of Biostatistics, Faculty of health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Corresponding Author: Moeini B, Research Center for Health Sciences and Dept. of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

E-mail: babak_moeini@umsha.ac.ir

Received: 13 Apr 2011 **Accepted:** 1 Aug 2011

Background and Objective: In recent years, most developed countries have aimed at reducing the cesarean rate through education and other interventions. In our country, however, despite all efforts, the cesarean rate remains very high. The aim of this study was to determine the effects of educational intervention based on the Theory of Planned Behavior (TPB) on choosing delivery mode in pregnant women, who were referred to the Rasht Health Centers.

Materials and Methods: This quasi-experimental study included 72 pregnant women referred to various Health Centers in Rasht in the spring and summer of 2010. After a pre-test by using a valid and reliable questionnaire for both groups, specific training was provided for the intervention group based on the Theory of Planned Behavior. At the end of the pregnancies, post-test were performed in both groups and the results were analyzed by SPSS-13 software.

Results: The results indicate that there were significant differences in the mean knowledge, evaluations of behavioral outcome, attitude ($P = 0.000$), perceived behavioral control, subjective norms, and behavioral intention ($P < 0.05$) among pregnant women in the test group compared with the control. There was a significant difference in behavior between the two groups ($P < 0.05$).

Conclusion: The results show that maternal educations in the field for persuasion of normal delivery had been effective. Therefore, we recommend implementing training programs based on Theory of Planned Behavior, in order to persuade pregnant women for normal delivery and decreasing the rate of the cesarean section.

Keywords: Normal delivery, Cesarean section, Pregnant women, Theory of Planned Behavior, Health education