

بررسی انتخاب روش زایمان توسط زنان باردار نخست زای شهر سمیرم با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی

در سال ۱۳۹۰

عاطفه افشاری^۱، دکتر محتشم غفاری^{۲*}

۱. دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۹/۲۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱/۲۰

خلاصه

مقدمه: امروزه میزان سزارین در ایران از محدوده توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت بالاتر است و یکی از دلایل افزایش سزارین، درخواست مادران می باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی انتخاب روش زایمان توسط زنان نخست باردار با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۱۰۴ زن باردار نخست زایی که جهت انجام مراقبت های دوران بارداری به صورت متوالی به مراکز بهداشتی درمانی شهری شهرستان سمیرم مراجعه کرده بودند، انجام شد. نمونه گیری به صورت در دسترس بود. داده ها به وسیله پرسشنامه جمع آوری شد و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های کای اسکوئر و ANOVA در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از ۱۰۴ زن باردار مورد مطالعه، ۷۴ نفر (۷۱/۱٪) زایمان طبیعی و ۳۰ نفر (۲۸/۸٪) زایمان سزارین داشتند. میانگین سنی افراد در سه گروه انتخاب زایمان سزارین، طبیعی و بدون تصمیم، تفاوت معنی داری با هم نداشت ($p > 0/05$). سه گروه از نظر ویژگی های اقتصادی، شغل، سن ازدواج، سطح تحصیلات و آگاهی، اختلاف آماری معناداری نداشتند ($p > 0/05$). از نظر همه سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده، و خودکارآمدی درک شده)، تفاوت معنی داری بین گروه ها مشاهده شد ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: برنامه ریزی مناسب جهت آموزش مادران باردار جهت حساس سازی زنان نسبت به عوارض سزارین و ارتقاء دانش و اطلاعات و خودکارآمدی برای انجام زایمان طبیعی و نیز کاهش موانع در این زمینه توسط مسئولان ضروری است تا با بهبود ادراک زنان باردار، از میزان سزارین های غیر ضروری کاسته شود.

کلمات کلیدی: زایمان، زنان باردار، سزارین

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر محتشم غفاری؛ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۲۰۴۰؛ پست الکترونیک: mohtashamg@yahoo.com

مقدمه

بارداری، یک پدیده فیزیولوژیک است اما زایمان، حادثه ای است که با درد، ترس، نگرانی و حتی وحشت از مرگ همراه می باشد. زایمان، فرآیندی چند بعدی و دارای ابعاد جسمی، هیجانی، اجتماعی، فیزیولوژیک، فرهنگی و روانی است و به عنوان یک تجربه بحرانی در دوران زندگی زنان تلقی می شود (۱). از آنجایی که هدف نهایی تیم هدایتگر زایمان، انجام یک زایمان ایمن و تولد نوزادی سالم با حفظ سلامت مادر می باشد، علم مامایی با پیشرفت های سال های اخیر توانسته است تا حد زیادی به این هدف نائل شود و میزان مرگ و میر و بیماری مادر و نوزاد را با استفاده از مراقبت های قبل و حین زایمان به طور چشمگیری کاهش دهد. توجه به ایمنی یک زایمان طبیعی که با نظارت دقیق و مستمر مامای صاحب علم و مهارت و نیز با حضور پزشک متخصص زنان و زایمان انجام شود، بایستی در اولویت قرار گیرد. بدیهی است که سزارین، به عنوان راهکاری برای حفظ جان مادر و نوزاد در زایمان های سخت مورد استفاده قرار می گیرد (۲). شرایطی نظیر: تنگی لگن مادر یا بزرگی بیش از حد جنین (مادران دیابتی)، موقعیت غیر طبیعی جنین در رحم، کاهش یا تغییر ضربان قلب جنین، طولانی شدن زمان زایمان، بروز خونریزی شدید، مسمومیت های شدید بارداری، پارگی کیسه آب، عدم شروع دردهای زایمان و هر گونه اختلال در پیشرفت طبیعی زایمان، مانع انجام زایمان طبیعی است و در این موارد باید سزارین انجام شود. تمام این موارد می توانند دلیل ۱۰ تا ۱۵٪ سزارین ها باشند و حدود ۸۵-۹۰٪ زایمان ها می توانند بدون انجام هیچگونه مداخله درمانی و به صورت طبیعی انجام شوند (۳). با این وجود، بررسی ها نشان می دهند که میزان سزارین در ایران، بسیار بالاتر از کشورهای اروپایی است و این امر ناشی از تعامل عوامل متعددی بوده که طی بیش از چهار دهه، یک اثر افزایشی ایجاد کرده و باعث تمایل عمومی، چه در بین مردم و چه در بین ارائه دهندگان خدمات به انجام سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی شده است و میزان سزارین در ایران از محدوده قابل قبول اعلام شده توسط سازمان جهانی بهداشت (۵-۱۵٪)، بسیار بالاتر است (۴). سالانه حدود ۱۸/۵ میلیون

زایمان سزارین در سرتاسر جهان انجام می شود. میزان سزارین در حدود ۴۰٪ از کشورها کمتر از ۱۰٪، در ۱۰٪ کشورها حدود ۱۵-۱۰٪ و میزان سزارین در حدود ۵۰٪ کشورها، بیشتر از ۱۵٪ می باشد (۵). یکی از دلایل افزایش میزان سزارین، علل غیر طبی و درخواست مادران می باشد (۸-۶). در مطالعات مختلف، عوامل متعددی در انتخاب روش زایمان ذکر شده است که از جمله آن می توان به عوامل خطر درک شده از زایمان طبیعی، خطر درک شده از زایمان سزارین برای نوزاد و بارداری های بعدی، مستعد بودن (حساسیت درک شده)، عدم آگاهی از عوارض سزارین و ترس از درد زایمان طبیعی اشاره کرد (۹-۱۴). ویژگی های فردی - اجتماعی زنان باردار نیز از جمله عوامل مؤثر بر انتخاب روش زایمان ذکر شده است (۱، ۱۵-۱۶). در زمینه پژوهش هایی که در حوزه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت انجام می گیرد، نظریه ها و الگوهای رفتاری^۱ بسیاری جهت بررسی رفتارهای مرتبط با سلامت ارائه شده است. عوامل ذکر شده در مطالعات مختلف جهت تعیین روش زایمان، به سازه های یکی از این الگوها یعنی الگوی اعتقاد بهداشتی (HBM)^۲ اشاره دارد. الگوی اعتقاد بهداشتی بر این قاعده استوار است که افراد در صورتی رفتار سالم را انجام می دهند که؛ احساس کنند در معرض خطر قرار دارند (سازه حساسیت درک شده)^۳، خطرات انجام رفتار ناسالم جدی است (سازه شدت درک شده)^۴، انجام رفتار سالم برای آنها منافع زیادی دارد (سازه منافع درک شده)^۵، موانع انجام رفتار سالم را می توان مرتفع ساخت (سازه موانع درک شده)^۶، و برای انجام رفتار سالم، خود را توانا ببینند (سازه خودکارآمدی درک شده)^۷ (۱۷). بررسی عوامل تعیین کننده انتخاب روش زایمان با استفاده از این الگو می تواند در طراحی برنامه های آموزشی مناسب جهت ارتقاء انجام زایمان ایمن کمک کننده باشد؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی انتخاب روش

¹Behavioral Theories & Models

² Health Belief Model

³ Perceived susceptibility

⁴ Perceived severity

⁵ Perceived benefits

⁶ Perceived barriers

⁷ Perceived self-efficacy

زایمان در زنان باردار شهر سمیرم با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در مهر ماه سال ۱۳۹۰ بر روی زنان بارداری که جهت انجام مراقبت های دوران بارداری، به صورت متوالی به مراکز بهداشتی درمانی شهری و شهری/روستایی شهرستان سمیرم مراجعه کرده بودند، انجام شد. شهرستان سمیرم منطقه ای واقع در جنوب استان اصفهان، به مساحت ۵۲۲۴ کیلومتر مربع و جمعیتی بالغ بر ۷۰۲۶۹ نفر می باشد. طبق اطلاعات دریافتی از واحد آمار شبکه بهداشت و درمان سمیرم، این شبکه، ۵ مرکز روستایی با جمعیت ۲۶۴۳۳ و ۷ مرکز شهری و شهری/روستایی با جمعیت ۴۳۸۰۹ را تحت پوشش قرار می دهد. در ابتدای سال ۱۳۹۰، تعداد مادران باردار تحت پوشش مراکز شهری و شهری/روستایی، ۳۱۹ نفر و تعداد مادران باردار تحت پوشش مراکز روستایی ۲۱۸ نفر بوده است. در این مطالعه، مادران باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری و شهری/روستایی تحت مطالعه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بارداری ۲۹ هفته و بیشتر، نخست زا بودن و رضایت جهت شرکت در مطالعه بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه و پایان بارداری به هر دلیل بود. روش نمونه گیری به صورت در دسترس بود به این صورت که روز اول مراجعه به اولین مرکز، تمام زنان بارداری که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند. به عبارتی، از مجموع ۷ مرکز بهداشتی درمانی، اطلاعات مربوط به ۱۰۴ زن باردار جمع آوری شد. گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه روا و پایایی که توسط اکبری و همکاران (۱۳۸۸) طراحی و اعتباریابی شده بود، انجام شد (۱۸). قسمت اول پرسشنامه شامل مشخصات فردی (سؤالات مربوط به اطلاعات در زمینه خصوصیات فردی و اجتماعی و مامایی مادر) و قسمت دوم پرسشنامه، شامل سؤالات مربوط به آگاهی و سؤالات مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بود. سؤالات آگاهی در زمینه هر یک از روش های زایمان و

شامل ۱۵ سؤال بود که نمره گذاری آن از ۰-۱۵ بود. برای پاسخ صحیح نمره ۱ و پاسخ غلط و نمی دانم نمره صفر در نظر گرفته شد. نمره ۰-۵ به معنای سطح آگاهی پایین، نمره ۶-۱۰ سطح آگاهی متوسط و نمره ۱۱-۱۵ به معنای سطح آگاهی بالا در نظر گرفته شد. سازه های بررسی شده الگوی اعتقاد بهداشتی با استفاده از مقیاس پنج درجه ای لیکرت و از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم اندازه گیری شد. سازه حساسیت درک شده (میزان درک زنان باردار از احتمال ابتلاء به عوارض ناشی از سزارین غیر ضروری) شامل ۶ سؤال و بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت بود که نمره گذاری آن از ۰-۳۰ بود. نمره ۰-۱۴ حساسیت درک شده سطح پایین، نمره ۱۵-۲۲ حساسیت درک شده سطح متوسط و نمره ۲۳-۳۰ حساسیت درک شده سطح بالا را نشان می داد. سازه شدت درک شده (میزان درک زنان باردار از جدی بودن عوارض سزارین غیر ضروری) شامل ۶ سؤال بود که بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت و نمره آن از ۰-۳۰ بود. نمره ۰-۱۴ شدت درک شده سطح پایین، نمره ۱۵-۲۲ شدت درک شده سطح متوسط و نمره ۲۳-۳۰ شدت درک شده سطح بالا را نشان می داد. سازه موانع درک شده (میزان درک زنان باردار از موانع انجام زایمان طبیعی) شامل ۱۰ سؤال، بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت و نمره گذاری آن از ۰-۵۰ بود. نمره ۰-۲۳ به معنای موانع درک شده سطح پایین، نمره ۲۴-۳۷ موانع درک شده سطح متوسط و نمره ۳۸-۵۰ به معنای موانع درک شده سطح بالا در نظر گرفته شد. سازه منافع درک شده (میزان درک زنان از منافع انجام زایمان طبیعی) شامل ۱۰ سؤال بود که با مقیاس ۵ درجه ای لیکرت و نمره گذاری آن از ۰-۵۰ بود. نمره ۰-۲۳ منافع درک شده سطح پایین، نمره ۲۴-۳۷ منافع درک شده سطح متوسط و نمره ۳۸-۵۰ منافع درک شده سطح بالا را نشان می داد. سازه خودکارآمدی درک شده (میزان درک زنان باردار از توانایی شان برای انجام زایمان طبیعی) به وسیله ۴ سؤال با مقیاس ۵ درجه ای لیکرت و از ۰-۴ نمره گذاری شد. نمره ۰-۸ خودکارآمدی درک شده سطح پایین، نمره ۹-۱۴ به عنوان خودکارآمدی درک شده سطح متوسط و نمره ۱۵-۲۰ به عنوان خودکارآمدی

درک شده سطح بالا در نظر گرفته شد. انتخاب مادران هم برای نوع زایمان با سؤال قصد رفتاری (با ۳ گزینه: زایمان طبیعی، زایمان سزارین، هنوز تصمیمی ندارم) مورد سنجش قرار گرفت. پرسشنامه توسط مادران باردار تکمیل شد. همچنین جهت تعیین روش زایمان انجام شده توسط زنان باردار، پیگیری های تلفنی پس از زایمان انجام پذیرفت. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش های آمار توصیفی، شاخص های پراکندگی و آزمون های کای اسکوئر و ANOVA در سطح اطمینان ۰.۹۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است که از مادران رضایت آگاهانه و کتبی جهت شرکت در مطالعه گرفته شد.

یافته ها

از ۱۰۴ زن باردار نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری سمیرم، ۷۴ نفر (۰.۷۱/۱) زایمان طبیعی و ۳۰ نفر (۰.۲۸/۸) زایمان سزارین انجام دادند. از کل زنان مورد مطالعه، تنها ۳۰ نفر در ابتدای مطالعه

قصد انجام زایمان به روش سزارین را داشتند و سایر افراد، یا قصد زایمان طبیعی را داشتند (۵۷ نفر) و یا اینکه اذعان کرده بودند که فعلاً نظری در مورد روش زایمان انتخابی خود ندارند (۱۷ نفر). میانگین سن مادران مورد مطالعه $24/55 \pm 3/76$ سال (با حداقل ۱۶ سال و حداکثر ۳۳ سال) و میانگین سن ازدواج آنان $21/92 \pm 3/34$ سال بود. اکثر زنان باردار، سطح تحصیلات دانشگاهی (۰.۳۱/۷) و دیپلم (۰.۳۰/۸) داشتند. ۸۸ نفر (۰.۸۴/۶) از زنان باردار خانه دار، ۱۱ نفر (۰.۱۰/۶) کارمند و ۵ نفر (۰.۴/۸) به سایر شغل ها اشتغال داشتند. اکثر مادران (۰.۶۰/۶)، وضعیت اقتصادی خود را متوسط ارزیابی کردند. در بین ویژگی های فردی - اجتماعی مورد مطالعه، مادران سه گروه زایمان سزارین، طبیعی، و بدون تصمیم از نظر سن تفاوت معنی داری با هم نداشتند ($p > 0/05$)، همچنین سه گروه زایمان سزارین، طبیعی، و بدون تصمیم از نظر سایر ویژگی های مورد بررسی (سطح تحصیلات، شغل، و وضعیت اقتصادی)، اختلاف آماری معناداری نداشتند ($p > 0/05$) (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی سطح تحصیلات، شغل و وضعیت اقتصادی و سطح معنی داری ویژگی های ذکر شده در ۳ گروه زایمان طبیعی، بدون تصمیم و سزارین

متغیر	گروه زایمان طبیعی (فراوانی)	گروه بدون تصمیم (فراوانی)	گروه زایمان سزارین (فراوانی)	جمع کل (درصد فراوانی)	سطح معنی داری
سطح تحصیلات	بی سواد	۰	۰	۱ (۱)	$p = 0/07$
	ابتدایی	۰	۰	۵ (۴/۸)	
	راهنمایی	۱	۱	۱۶ (۱۵/۴)	
	دبیرستان	۲	۲	۱۷ (۱۶/۳)	
	دیپلم	۶	۶	۳۲ (۳۰/۸)	
	دانشگاهی	۸	۸	۳۳ (۳۱/۷)	
شغل	خانه دار	۱۴	۱۴	۸۸ (۸۴/۶)	$p > 0/05$
	کارگر	۰	۰	۰	
	کارمند	۶	۲	۱۱ (۱۰/۶)	
وضعیت اقتصادی	سایر موارد	۲	۱	۵ (۴/۸)	$p > 0/05$
	ضعیف	۱۰	۱	۱۴ (۱۳/۵)	
	متوسط	۳۶	۱۲	۶۳ (۶۰/۶)	
	خوب	۱۱	۴	۲۷ (۲۶)	
	عالی	۰	۰	۰	
جمع کل	۵۷	۱۷	۳۰	۱۰۴ (۱۰۰)	

میانگین نمره آگاهی زنان باردار از انواع روش های زایمانی و مزایا و معایب آن، ۶/۴۸ بود (با توجه تعداد ۱۵ سؤال در این بخش حداکثر امتیاز قابل حصول برای افراد ۱۵ بود). ۴۲ نفر (۴۰/۴٪) از زنان باردار آگاهی پایین، ۴۲ نفر (۴۰/۴٪) آگاهی متوسط و ۲۰ نفر (۱۹/۲٪) آگاهی بالا داشتند (جدول ۲). سه گروه زایمان سزارین، طبیعی و بدون تصمیم، از نظر میزان آگاهی از انواع روش های زایمانی و مزایا و معایب آن اختلاف آماری معناداری داشتند ($p=0/02$) (جدول ۳).

از نظر سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده در خصوص ابتلاء به عوارض زایمان سزارین غیر ضروری، شدت درک شده در خصوص وخامت عوارض سزارین غیر ضروری، موانع درک شده جهت انجام زایمان طبیعی، منافع درک شده ناشی از انجام زایمان طبیعی و خودکارآمدی درک شده برای انجام زایمان طبیعی) اکثر واحدهای پژوهش در سطح متوسطی قرار داشتند (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی سطوح آگاهی و هر یک از سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی

متغیر	سطح پایین فراوانی (درصد)	سطح متوسط فراوانی (درصد)	سطح بالا فراوانی (درصد)
آگاهی	۴۲ (۴۰/۴)	۴۲ (۴۰/۴)	۲۰ (۱۹/۲)
حساسیت درک شده	۸ (۷/۷)	۶۷ (۶۴/۴)	۲۹ (۲۷/۹)
شدت درک شده	۵ (۴/۸)	۸۲ (۷۸/۸)	۱۷ (۱۶/۳)
موانع درک شده	۳۸ (۳۶/۵)	۶۰ (۵۷/۷)	۶ (۵/۸)
منافع درک شده	۴ (۳/۸)	۶۰ (۵۷/۷)	۴۰ (۳۸/۵)
خودکارآمدی درک شده	۲۵ (۲۴)	۴۲ (۴۰/۴)	۳۷ (۳۵/۶)

از نظر همه سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی (آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده، و خودکارآمدی درک شده)، آزمون ANOVA تفاوت معنی داری بین سه گروه نشان داد ($p<0/05$) (جدول ۳). بر اساس آزمون شفه، از نظر آگاهی و ۵ سازه دیگر الگوی اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، موانع، منافع، و خودکارآمدی درک

شده) تفاوت معنی داری بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین وجود داشت. چنین وضعیتی به جز در مورد آگاهی و شدت درک شده بین دو گروه زایمان طبیعی و بدون تصمیم نیز برقرار بود. در مورد سه متغیر موانع، منافع، و خودکارآمدی درک شده گروهی که بدون تصمیم بودند به طور معنی داری وضعیت مطلوبی نسبت به گروه زایمان سزارین داشتند.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار آگاهی و سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی در سه گروه زایمان طبیعی، بدون تصمیم و سزارین

متغیرها	گروه زایمان طبیعی	گروه بدون تصمیم	گروه سزارین	کل	سطح معناداری
آگاهی	۷/۲±۳/۵	۶/۳±۳/۳	۵/۱±۳/۴	۶/۵±۳/۵	$p=0/02$
حساسیت درک شده	۲۱/۲±۳/۲	۱۸/۴±۳/۱	۱۷/۶±۴/۸	۱۹/۷±۴	$p=0/000$
شدت درک شده	۲۰/۴±۲/۹	۱۸/۵±۲/۱	۱۷/۹±۳/۵	۱۹/۳±۳/۲	$p=0/001$
موانع درک شده	۲۰/۸±۶/۷	۲۷/۱±۵/۱	۳۲/۲±۵/۸	۲۵/۱±۸	$p=0/000$
منافع درک شده	۳۹/۸±۵/۴	۳۵/۹±۴/۹	۳۰/۹±۵/۸	۳۶/۶±۶/۶	$p=0/000$
خودکارآمدی درک شده	۱۵/۶±۳	۱۲/۲±۱/۸	۸±۲/۹	۱۲/۹±۴/۳	$p=0/000$

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی انتخاب روش زایمان توسط زنان باردار نخست زای شهر سمیرم با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد. پس از پیگیری تلفنی از

مادران باردار در خصوص روش زایمان انجام گرفته، مشخص شد که ۷۴ نفر (۷۱/۱۵٪) از زنان به روش طبیعی و ۳۰ نفر (۲۸/۸۴٪) به روش سزارین زایمان کردند. این آمار، بالاتر بودن میزان سزارین در منطقه

مورد بررسی از محدوده توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۵-۵٪) را نشان می دهد که نیازمند بررسی هایی جهت تعیین عوامل مؤثر بر افزایش زایمان سزارین و طراحی مداخلاتی به منظور تأثیرگذاری بر عوامل شناسایی شده در آن بررسی ها است. در مطالعه مقطعی نگاهبان و همکاران (۲۰۰۶) که با هدف بررسی فراوانی هر یک از روش های زایمان در رفسنجان انجام شد، ۳۱/۲۱ درصد از زنان مورد مطالعه زایمان سزارین و ۶۸/۷۵ آنها زایمان طبیعی داشتند (۱۲) که با نتایج مطالعه حاضر تقریباً همخوانی داشت. در مطالعه حاضر، میانگین سن مادران شرکت کننده در مطالعه ۲۴/۵۵ سال بود که این میانگین سنی، به میانگین سنی مطالعه شریفی راد و همکاران (۲۰۰۷) که در خمینی شهر بر روی مادران نخست زا انجام داد، نزدیک بود (۱). در مطالعه حاضر، بین سن و روش زایمان انتخاب شده ارتباط آماری معناداری وجود نداشت. این یافته با نتایج مطالعه پیری و همکاران (۲۰۰۱) که روی شیوع و عوامل تعیین کننده انواع روش زایمان در زنان باردار انجام دادند، همخوانی نداشت (۱۹). نتیجه مطالعه حاضر شاید به دلیل همگنی افراد (سن بارداری و نخست زا بودن) باشد. چنانچه در یافته های مطالعه حاضر آورده شده است، بین ویژگی های فردی- اجتماعی افراد نظیر سن ازدواج، شغل، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی با روش زایمان انتخابی ارتباط آماری معناداری وجود نداشت. در مطالعه چانگ و همکار (۲۰۰۳)، نگاهبان و همکاران (۲۰۰۶) و شریفی راد و همکاران (۲۰۰۷) نیز که بر روی زنان باردار انجام شد، بین ویژگی فردی- اجتماعی افراد با نوع زایمان انتخابی ارتباط معناداری وجود نداشت (۱، ۱۲، ۱۶، ۲۰). بر اساس نتایج مطالعه حاضر، اکثر زنان باردار آگاهی ضعیف و متوسطی از انواع روش های زایمانی و مزایا و معایب آن داشتند که این مسئله، نشان دهنده عدم کفایت آموزش های لازم دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی منطقه مورد مطالعه می باشد. از طرف دیگر، در این مطالعه بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین از نظر میزان آگاهی اختلاف آماری معناداری وجود داشت که این امر مورد انتظار بود. همچنین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین از نظر میزان

حساسیت درک شده و شدت درک شده اختلاف آماری معناداری نداشتند. دیسنی (۱۹۹۸) طی مطالعه ای که با هدف بررسی زمینه تصمیم گیری زنان باردار دارای سابقه سزارین در خصوص روش های زایمان انجام داد، به نتایجی مشابه رسید و گزارش کرد که حساسیت درک شده از جمله عواملی است که در روش زایمان انتخابی مؤثر می باشد و خطر درک شده هر یک از روش های زایمان برای مادر و نوزاد، در انتخاب و تصمیم گیری روش زایمان مؤثر است (۱۰). نتایج مطالعه پکنهام و همکاران (۲۰۰۶) و فاگلن و همکاران (۲۰۰۹) نیز با نتایج حاضر همخوانی داشت (۹، ۲۱). در مطالعه حاضر، بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین از نظر منافع درک شده زایمان طبیعی اختلاف آماری معناداری مشاهده شد که کاملاً مورد انتظار بود. از سوی دیگر، امتیازات سازه دیگر الگوی اعتقاد بهداشتی یعنی موانع درک شده برای انجام زایمان طبیعی در گروه زایمان طبیعی به طور معناداری پایین تر از گروه زایمان سزارین بود و زنانی که روش سزارین را انتخاب کرده بودند موانع زیادی را برای انجام زایمان طبیعی پیشروی خود می دیدند. مطالعه نگاهبان و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که موانع درک شده در انتخاب روش زایمان مؤثر است؛ به گونه ای که مهمترین دلیل انتخاب سزارین توسط مادران باردار، ترس از درد زایمان طبیعی است و همچنین دلیل انتخاب زایمان طبیعی در زنان باردار، عوارض بالای سزارین ذکر شد (۱۲) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. بنابراین پرداختن به این جنبه روانشناختی در مداخلات کاهش سزارین و اتخاذ راهبردهایی برای رفع موانع درک شده زنان جهت انجام زایمان طبیعی می تواند کمک کننده باشد. از نتایج دیگر مطالعه حاضر می توان به نمره خودکارآمدی درک شده برای انجام زایمان طبیعی اشاره کرد که در گروه زایمان طبیعی به طور معناداری بالاتر از گروه زایمان سزارین بود. در مطالعه ریدلی و همکاران (۲۰۰۲) و لوو (۱۹۹۳) که بر روی زنانی که قبلاً سابقه سزارین داشتند انجام شد، نمره خودکارآمدی زنانی که مجدداً سزارین شده بودند، پایین تر از کسانی بود که زایمان طبیعی را پس از یک سزارین قبلی انتخاب کرده بودند (۲۳-۲۲). خرسندی و همکاران (۲۰۰۸) که به

بررسی خودکارآمدی زنان باردار پرداختند، نقش خودکارآمدی را به عنوان عنصر کلیدی در انتخاب روش زایمان و کنترل ترس از زایمان طبیعی تأیید کردند (۲۴). بنابراین توجه جدی به موضوع خودکارآمدی درک شده زنان باردار برای انجام زایمان طبیعی در برنامه ریزی ها و مداخلات کاهش سزارین ضروری و حائز اهمیت می باشد.

در مطالعه حاضر، کلیه سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی از عوامل مؤثر بر انتخاب روش زایمان مشخص شدند. بنابراین در مداخلات آموزش بهداشت جهت کاهش میزان سزارین های غیر ضروری، پرداختن به این عوامل فردی روانشناختی می تواند کمک کننده باشد. مثلاً، خودکارآمدی زنان از طریق تجارب آموزشی و با تمرکز بر احساس کنترل و توانایی آنها برای زایمان طبیعی قابل افزایش است. در این زمینه، استفاده از الگوهای نقش و نیز فعالیت هایی چون تکنیک های آرامسازی نیز می تواند کمک کننده باشد. در مداخلات آموزشی جهت ارتقاء انجام زایمان ایمن، باید افزایش مهارت و توانایی زنان باردار جهت انجام زایمان طبیعی مورد توجه قرار گیرد. همچنین، به منظور افزایش دانش زنان و بهبود ادراکات زنان در خصوص مزایای زایمان طبیعی نسبت به سزارین و نیز ارائه راهکارهای مناسب برای رفع موانع درک شده افراد جهت انجام زایمان طبیعی می توان از برگزاری جلسات آموزشی به ویژه بحث های گروهی در مراکز بهره گرفت. به منظور رعایت برخی ملاحظات اخلاقی، آموزشگران می بایست در زمینه ادراکات حساسیت و شدت قدری با احتیاط عمل نمایند، چرا که مداخلات زیاد در این باره می تواند منجر به تهدید درک شده غیر عادی و ترس بالا در زنان باردار شود. البته بر اساس نتایج مطالعه حاضر، به نظر می رسد پرداختن به این مسأله در گروه بدون تصمیم از اهمیت خاصی برخوردار باشد، چرا که زنان این گروه از نظر دو سازه انگیزشی حساسیت و شدت درک شده تفاوت معنی داری با زنان گروه زایمان سزارین ندارند و عدم مداخله در این مورد می تواند آنها را به سمت انتخاب و انجام زایمان سزارین سوق دهد (۱۷). در مطالعه حاضر، تنها

عوامل فردی مربوط به انتخاب روش زایمان مورد مطالعه قرار گرفت و نقش سایر عوامل از جمله عوامل اجتماعی و محیطی مورد بررسی قرار نگرفت، بنابراین استفاده از سایر نظریه ها و الگوهای مطالعه رفتار که به بررسی نقش عواملی دیگر مانند عوامل بین فردی (تأثیر خانواده و ...) نیز می پردازد، در خصوص رفتار مورد نظر در مطالعه حاضر یعنی انتخاب روش زایمان توصیه می شود. با توجه به تأثیر متغیرهای روانشناختی بر روش زایمان، پیشنهاد می شود برنامه ریزی مناسبی جهت آموزش مادران باردار با استفاده از الگوهای آموزش بهداشت به ویژه الگوی اعتقاد بهداشتی توسط مسئولان صورت پذیرد تا با بهبود ادراکات زنان باردار، از میزان سزارین های غیر ضروری کاسته شود. همچنین پیشنهاد می شود که آموزش های لازم به کارکنان مراکز بهداشتی درمانی در زمینه الگوهای تغییر رفتار و اهمیت این موضوع در آموزش های نوین و مؤثر برای انجام مداخلاتی نظیر سزارین که نیاز به تغییر نگرش و کار روی عوامل شناختی فرد دارد، ارائه شود.

نتیجه گیری

برنامه ریزی های مناسب جهت آموزش مادران باردار جهت بهبود ادراکات زنان باردار (آسیب پذیری و شدت درک شده از عوارض و پیامدهای ناگوار سزارین، منافع، موانع، و خودکارآمدی درک شده برای انجام زایمان طبیعی) ضروری است تا بتوان از میزان سزارین های غیر ضروری کاست.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه عاطفه افشاری دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به راهنمایی دکتر محتشم غفاری می باشد. بدینوسیله از کلیه خانم های مشارکت کننده در این مطالعه که بدون مساعدت آنان انجام این مهم میسر نبود، تشکر و قدردانی می شود.

1. Sharifirad GR, Fathian Z, Tirani M, Mahaki B. [Study on behavioral intention model (BIM) to the attitude of pregnant women toward normal delivery and cesarean section in province of Esfahan, Khomeiny Shahr, 2006] [Article in Persian]. *J Ilam Univ Med Sci* 2007;15(1):19-23.
2. Jamshidimanesh M, Haghdoost Oskouei SF, Jouybari L, Sanagou A. [The process of women's decision making for selection of cesarean delivery] [Article in Persian]. *Iran J Nurs* 2009;21(56):55-67.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams obstetrics*. 23rd ed. NBew York:McGraw-Hill;2010.
4. Shakerian B. [Prevalence and cause of cesarean section in Chaharmahal & Bakhtiary, 2002] [Article in Persian]. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2004;6(1):63-9.
5. Gibbons L, Belizan J, Lauer J, Betran A, Meriald M, Althabe F. The global numbers and cost of additionally needed and unnecessary cesarean section performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. 2010. World Health Report. Available from: http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en/index1.html. Accessed May 30,2011.
6. Fallahian M. [Cesarean with mother request] [Article in Persian]. *J Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2007;31(2):107-8.
7. Angeja AC, Washington AE, Vargas JE, Gomes R, Rojas I, Caughey AB. Chilean women's preference regarding mode of delivery: which do they prefer and why? *BJOG*. 2006 Nov;113(11):1253-8.
8. Mohamaditabar SH, Kiani A, Heidary M. [The survey on tendencies of primiparous women for selecting the mode of delivery] [Article in Persian]. *J Babol Univ Med Sci* 2009;11(3):54-9.
9. Pakenham S, Chamberlain SM, Smith GN. Women's views on elective primary caesarean section. *Obstet Gynaecol* 2006 Dec;28(12):1089-94.
10. Disney JA. The context of women's childbirth decisions regarding vaginal birth after cesarean section. Arizona:University of Arizona;1998:1-178.
11. Fenwick J, Gamle J, Hauck Y. Believing in birth--choosing VBAC: the childbirth expectation of a self-selected cohort of Australian women. *J Clin Nurs* 2007 Aug;16(8):1561-70.
12. Negahban T, Ansari Jaber A, Kazemi M. [Preference methods of delivery and its relevant causes in view of pregnant women referring to public and private clinics in Rafsanjan city] [Article in Persian]. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2006;5(3):161-8.
13. Gopton A. Trial of labor versus repeat cesarean section: influences on women's decision making [Dissertation]. San Francisco:University of Manitoba;1994:1-302.
14. 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] [Article in Persian]. *Know Health* 2009;4(1):36-9.
15. Dietz HP, Lanzarone V, Simpson JM. Predicting operative delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006 Apr;27(4):409-15.
16. Fathian Z, Sharifirad Gh R, Hasanzadeh A, Fathian Z. [Study of the effects of behavioral intention model education on reducing the cesarean rate among pregnant women of Khomeiny-Shahr, Isfahan, in 2006] [Article in Persian]. *J Tabib-E-Shargh* 2007;9(2):123-31.
17. Glanz KA, Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 4th ed. San Francisco:Jossey-Bass;2008:12-71.
18. Akbari Z. [Study on effect of education designed based on health belief model on reduce cesarean rate in pregnant women referring in to the health care centers in Mamasany in 2009] [Thesis in Persian]. Isfahan:Isfahan University of Medical Sciences;2009:1-105.
19. Piri SH, Kiani A. [A survey on the prevalence and reasons of different type of delivery and the effect of demographic factors on it] [Article in Persian]. *Daneshvar, J Shahed Univ* 2001;8(35):7-14.
20. Chong ES, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal delivery. *Int J Gynecol Obstet* 2003 Feb;80(2):89-94.
21. Fuglenes D, Oian P, Kristiansen IS. Obstetrician's choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation? *Am J Obstet Gynecol* 2009 Jan;200(1):48.e1-8.
22. Ridly RT, Davis PA, Bright JH, Sinclair D. What influences women to choose vaginal birth after cesarean? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002 Nov-Dec;31(6):665-72.
23. Lowe NK. Maternal confidence for labour: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Res Nurs Health* 1993 Apr;16(2):141-9.
24. Khorsandi M, Ghofranipour F, Heydarnia A, Faghihzade S, Akbarzade A, Vafaei M. [Survey of perceived self efficacy in pregnant women] [Article in Persian]. *J Iran Univ Med Sci* 2008;26(1):89-95.