

# تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل رفتار برنامه‌ریزی شده بر انتخاب روش زایمان

دکتر زهره کشاورز<sup>۱\*</sup>، اعظم غضنفریان<sup>۲</sup>، دکتر معصومه سیمبر<sup>۳</sup>، دکتر نزهت شاکری<sup>۴</sup>

۱. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دفتر فن‌آوری دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.
۴. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۴/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۷/۱۴

## خلاصه

**مقدمه:** افزایش سزارین‌های غیر ضروری نشانه عملکرد نامناسب نظام سلامت کشورها می‌باشد. آموزش بهداشت باعث ارتقاء آگاهی مادر طی دوران بارداری می‌شود تا روش مناسبی را برای زایمان خود انتخاب کرده و بدون دلیل بالینی سزارین را انتخاب نکند، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل رفتار برنامه‌ریزی شده بر انتخاب روش زایمان انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه تجربی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۹۰ زن باردار نخست‌زا مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر یزد انجام شد. افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شده و به سه گروه تقسیم شدند. در گروه اول، بسته آموزشی طراحی شده در قالب مدل طی ۳ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. به گروه دوم آموزش به روش پمفلت داده شد و گروه کنترل آموزش‌های معمول را دریافت کردند. نگرش، هنجارهای ذهنی، درک کنترل رفتار و قصد زنان باردار قبل و بعد از انجام مداخله توسط ابزار محقق ساخته مورد سنجش قرار گرفت. همچنین در هفته ۳۸ بارداری از تصمیم مادران، مجدداً سؤال شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های آماری کای دو، تی زوجی، کروسکال والیس انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** قبل از مداخله آموزشی، تفاوت معنی‌داری بین سه گروه در هیچ یک از حیطه‌های مدل (نگرش، هنجار فردی، درک کنترل رفتار، قصد) وجود نداشت ( $p > 0/001$ ). پس از مداخله آموزشی در تمامی حیطه‌ها در گروه آموزش قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی‌دار بوده و همچنین مقایسه بین گروه‌ها نیز نشان داد که بین گروه مداخله آموزشی مبتنی بر مدل و گروه آموزش با پمفلت با گروه کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** آموزش مبتنی بر مدل روش مؤثری در افزایش انگیزش، قدرت تصمیم‌گیری و مهارت زنان باردار در خصوص انتخاب زایمان طبیعی است، لذا انجام اقدامات پیشگیرانه و افزایش آگاهی زنان باردار امری ضروری است.

**کلمات کلیدی:** رفتار برنامه‌ریزی شده، زایمان، زنان

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر زهره کشاورز؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۲  
پست الکترونیک: keshavarzzohre@yahoo.com

## مقدمه

هدف اولیه از انجام سزارین، نجات جان مادرانی بود که به دلیل توقف زایمان در معرض خطر مرگ قرار داشتند. ولی طی سال‌های بعد اندیکاسیون انجام آن گسترش یافت که در جریان آن به علل گوناگون جان مادر و جنین در معرض خطر قرار گرفت (۱). تمام موارد اندیکاسیون سزارین ۱۵-۱۰٪ موارد زایمان را تشکیل می‌دهند و حدود ۹۰-۸۵٪ زایمان‌ها می‌توانند بدون انجام هیچ‌گونه مداخله درمانی و به صورت طبیعی انجام گیرند (۲).

در سال‌های اخیر سزارین به عنوان یکی از شایع‌ترین جراحی‌ها در زنان گزارش شده است (۳). میزان سزارین طی ۲۰ سال اخیر از ۵٪ به ۲۵٪ افزایش یافته است. حتی در بسیاری از کشورها از جمله ایران از ۲۶٪ تا ۶۰٪ و حتی در برخی مراکز خصوصی تا ۸۷٪ گزارش شده است (۴). سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۵ پیشنهاد کرد که هیچ توجیهی برای هیچ منطقه‌ای از جهان وجود ندارد که شیوع سزارین بالاتر از ۱۵٪ داشته باشد (۵). این آمار در استرالیا ۳۰/۳٪ است و در برزیل، شیلی و چین به ۴۲-۴۰٪ افزایش یافته است (۶). در ایران احتمال اینکه یک زن تحت عمل سزارین قرار گیرد، سه برابر بیشتر از ۲۰ سال گذشته است. در تهران بین سال‌های ۸۵-۱۳۸۳، آمار سزارین ۸۴٪ بوده و در اصفهان بین سال‌های ۸۷-۱۳۸۴ از ۴۸٪ به ۶۰٪ افزایش یافته است. در حال حاضر یکی از مشکلات جدید بر سر راه کاهش شیوع سزارین، افزایش شیوع سزارین‌های خودخواسته است که بدون هیچ دلیل طبی و فقط به درخواست بیمار انجام می‌شود و لذا این روش به یک فرهنگ مبدل شده و بیش از نیمی از زنان باردار داوطلب به انجام سزارین می‌باشند (۵، ۷). ۷۵٪ سزارین‌هایی که در کشور ایران انجام شده، بدون اندیکاسیون طبی و به صورت انتخابی بوده است (۸). مهم‌ترین دلیل سزارین خودخواسته در کشورهای توسعه‌یافته، ترس از صدمه به بافت نرم لگن و در ایران ترس از درد زایمان بوده است. انتخاب نوع زایمان به خصوص در زنان نخست‌زا از اهمیت خاصی برخوردار است، زیرا شیوه انتخاب شده در این زایمان، به احتمال بسیار زیاد، شیوه غالب در زایمان-

های بعدی نیز خواهد بود (۵). آگاهی ناکافی و نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی از دیگر دلایل مهم انتخاب سزارین توسط زنان باردار است (۹). آموزش بهداشت باعث ارتقاء آگاهی مادر طی دوران بارداری می‌شود تا روش مناسبی را برای زایمان خود انتخاب کرده و بدون دلیل بالینی سزارین را انتخاب نکند (۲). مدل‌های برنامه‌ریزی برای آموزش‌دهندگان بهداشت، چارچوبی را فراهم می‌کنند تا در آن به طراحی و اجرای یک برنامه یا مداخله آموزشی بپردازند (۱۰). مدل رفتار برنامه‌ریزی شده الگوی مناسبی جهت طراحی مداخلات آموزشی و ارتقاء سلامت است. با توجه به سیاست‌های جمعیتی اخیر توسط وزارت بهداشت و طرح تحول سلامت و ضرورت توجه ویژه به زایمان طبیعی، لذا مطالعه حاضر با هدف تشویق زنان باردار به انتخاب زایمان طبیعی از طریق مداخله آموزشی بر مبنای مدل رفتار برنامه‌ریزی شده انجام شد.

## روش کار

در این مطالعه مداخله‌ای تجربی در سال ۱۳۹۴، ابتدا ۱۲۰ زن باردار در هفته ۳۲-۲۸ بارداری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد انتخاب شدند. بر اساس فرمول حجم نمونه، ۴۰ زن باردار در هر گروه وارد مطالعه شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات تجربی و با در نظر گرفتن نسبت زنایی که مایل به سزارین بودند در گروه مداخله ۰/۲۲ و در گروه شاهد ۰/۵ (مقاله بشارتی ۱۳۹۰) و با در نظر گرفتن  $\alpha=0/05$ ،  $\beta=0/2$  و همچنین  $O=0/02$ ، ۳۰ نفر برای هر گروه به دست آمد. بنابراین در مجموع ۹۰ نمونه جمع‌آوری شد که با احتساب ۱۰ نفر ریزش نمونه در هر گروه، حجم نمونه ۱۲۰ نفر در نظر گرفته شد.

نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای انجام شد. برای انجام نمونه‌گیری ابتدا شهر یزد به ۳ طبقه از نظر وضعیت اجتماعی-اقتصادی تقسیم شد. در هر طبقه به صورت تصادفی ساده ۳ مرکز انتخاب شد و هر مرکز به یک گروه اختصاص داده شد (به صورت تصادفی). تخصیص نمونه در مراکز به صورت سهمیه‌ای بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان باردار نخست‌زای ایرانی، سن بالای

جهت بررسی شاخص روایی محتوا، بر اساس میانگین نمرات شاخص روایی محتوای والتس و باسل، عباراتی که نمره CVI آن‌ها کمتر از ۰/۷۹ بود، حذف شدند. جهت تعیین پایایی پرسشنامه محقق ساخته از روش‌های همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و ثبات بیرونی (آزمون مجدد) استفاده شد. نمره آلفای کرونباخ ابزار با نمونه ۲۰ نفری از مادران باردار ۰/۸ و نمره ثبات پس از دو بار پرکردن ابزار توسط نمونه‌ها ۰/۸۸۲ بود. در مورد اهداف مطالعه، چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات برای تمامی شرکت‌کنندگان با تکمیل رضایت‌نامه کتبی وارد مطالعه شدند.

این مطالعه در قالب طرح پژوهشی با کد اخلاق sbmu2.rec.1394.17 در دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد تأیید قرار گرفت. قبل از مداخله آموزشی پرسشنامه مذکور در هر ۳ گروه مداخله، پمفلت و کنترل به صورت خود گزارش‌دهی تکمیل شد. سپس مداخله آموزشی بر اساس مدل رفتار برنامه‌ریزی شده برای زنان باردار گروه مداخله طی ۳ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای به فاصله یک هفته به صورت سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ توسط محقق اجرا شد. جلسه اول فواید زایمان طبیعی و مضرات سزارین، جلسه دوم تغییر نگرش زنان مطالب در مورد عوارض زایمان سزارین و نیز تغییر هنجارهای ذهنی زنان با رویکرد بحث گروهی و نیز توزیع جزوه و پمفلت جهت مطالعه با همسر و مادر و مادر همسر و افراد تأثیرگذار (دوستان) و در جلسه سوم حذف موانع و درک کنترل رفتار تا حد امکان خصوصاً موانع فردی از جمله درک فرد از سختی و آسانی انجام زایمان طبیعی و افزایش قصد زنان جهت تصمیم‌گیری صحیح بود. آموزش به همسران زنان باردار گروه مداخله به صورت غیرمستقیم و توسط خود زنان باردار انجام شد. به گروه آموزش به روش پمفلت، پمفلت طراحی شده توسط اساتید معتبر با محتوای مزیت‌های زایمان طبیعی و مضرات سزارین، داده شد. گروه کنترل فقط آموزش‌های معمول توسط ماما‌های مراکز بهداشتی را دریافت کردند. سپس پرسشنامه بعد از پایان جلسات آموزشی برای هر سه گروه تکمیل شد. همچنین در هفته ۳۸ بارداری از

۱۸ و کمتر از ۳۵ سال، سن بارداری ۲۲-۲۸ هفته، زنان بدون اندیکاسیون طبی سزارین، عدم شرکت در کلاس-های آمادگی برای زایمان و نداشتن قصد قطعی جهت زایمان طبیعی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل مادران باردار به همکاری، عدم حضور مستمر زنان باردار در جلسات آموزشی (حتی یک جلسه) و زایمان زودرس بود. لازم به ذکر است که ۱۰ نفر از مادران در هر سه گروه به دلایل مختلفی مانند تکمیل نکردن پرسشنامه پس‌آزمون، زایمان زودرس، مسافرت و حضور نامنظم در کلاس‌ها از مطالعه خارج شدند که در نهایت ۳۰ نفر در هر گروه شرکت داشتند (با احتساب ۲۵٪ ریزش نمونه). ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای محقق ساخته حاوی ۷۷ سؤال مشتمل بر دو بخش بود. سؤالات بخش اول سؤالات فردی و مامایی با ۲۲ سؤال و بخش دوم شامل نگرش با ۳۰ سؤال (حداقل نمره ۳۰ و حداکثر نمره ۱۵۰)، هنجارهای ذهنی با ۱۴ سؤال (حداقل نمره ۱۴ و حداکثر نمره ۷۰)، درک کنترل رفتار با ۱۰ سؤال (حداقل نمره ۱۰ و حداکثر نمره ۵۰) و ۱ سؤال در مورد قصد رفتاری (حداقل نمره ۱ و حداکثر نمره ۴) بود. سؤالات نگرش، هنجارهای ذهنی و درک کنترل رفتار با استفاده از معیار پنج نقطه‌ای لیکرت، از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم طبقه‌بندی و از ۵-۱ نمره‌گذاری شد و سؤال قصد به صورت چهار گزینه قطعاً سزارین، احتمالاً سزارین، احتمالاً طبیعی و قطعاً طبیعی طبقه‌بندی و از ۴-۱ نمره‌گذاری شد. جهت تعیین روایی ابزار از روش روایی صوری و محتوا استفاده شد، لذا پرسشنامه بر اساس مطالعه کتب مرجع و مقالات علمی تدوین شد. جهت ارزیابی اعتبار صوری، ابزار توسط ۱۰ نفر از زنان باردار از نظر سطح دشواری و ابهام عبارات مورد ارزیابی قرار گرفت. عباراتی که نمره تأثیر آیتم آن‌ها بیشتر از ۱/۵ شد، حفظ شدند. جهت بررسی اعتبار محتوا، از ۱۵ نفر از متخصصین برای بررسی معیارهای رعایت دستور زبان، بکارگیری واژه مناسب و ساده، اهمیت و ضرورت و مربوط بودن عبارات، نظرخواهی شد. بر اساس جدول لاوشه برای تعیین حداقل ارزش نسبت روایی محتوا، عباراتی که میزان عددی آن‌ها از ۰/۴۹ (بر اساس ارزیابی ۱۵ متخصص) بالاتر بود، حفظ شدند.

داری در نسبت موارد ناخواسته بودن بارداری در گروه‌های مختلف آموزشی وجود نداشت ( $p=0/77$ ). تعداد ۲۵ نفر (۸۶٪) از زنان در هر سه گروه تحت نظر پزشک و ماما (هر دو) در طی دوران بارداری بودند. بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر، ارتباط معناداری بین مراقبت بارداری و گروه‌های آموزشی زنان وجود نداشت ( $p=0/071$ ). در هر سه گروه زنان ۸۰٪ تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی بودند. بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر، ارتباط معناداری بین نوع بیمه درمانی و گروه‌های آموزشی زنان وجود نداشت ( $p=0/33$ ). بر اساس نتایج مطالعه در هر سه گروه، ۳۴٪ از زنان اطلاعات خود را در زمینه بارداری و زایمان از پزشک و ماما، حدود ۵ تا ۷ نفر (۱۷٪) از دوستان و یک نفر (۶/۶۷٪) از اینترنت دریافت کردند. بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر، ارتباط معناداری بین داشتن منابع اطلاعاتی راجع به بارداری و روش‌های زایمان زنان وجود نداشت ( $p=0/90$ ).

بر اساس نتایج ارزیابی مداخله مبتنی بر مدل رفتار برنامه‌ریزی شده و مقایسه آن در هر سه گروه، قبل از مداخله در حیطه‌های نگرش، هنجار فردی، درک کنترل رفتار و قصد زنان باردار تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $p \geq 0/001$ )، ولی پس از مداخله آموزشی در تمامی حیطه‌ها در گروه آموزش قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی‌دار بوده و همچنین مقایسه بین گروه‌ها نیز نشان داد که بین گروه مداخله آموزشی مبتنی بر مدل و گروه پمفلت (آموزش با پمفلت) گروه کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0/001$ ) (جدول ۱-۴).

قصد مادران، دوباره سؤال شد (در مراکز بهداشتی درمانی یا با تماس تلفنی). رفتار زنان با ثبت نوع زایمان به صورت تماس تلفنی یا مراجعه با بیمارستان مشخص شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۱) انجام شد. از آمار توصیفی برای ارائه و توصیف اطلاعات و رسم نمودار، تهیه جداول، محاسبه درصد، میانگین و انحراف از معیار و از آمار استنباطی جهت تجزیه و تحلیل و یافتن ارتباطات استفاده شد. در ابتدا توزیع متغیرهای کمی با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد و در صورت دارا بودن توزیع نرمال از تست‌های آماری پارامتری و در غیر این صورت از تست‌های ناپارامتری استفاده شد. آزمون‌های آمار تحلیلی شامل آزمون‌های کروسکال والیس، کای دو، آزمون دقیق فیشر و آنوا بود. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

میانگین سن بارداری در زنان باردار در گروه آموزش  $29/23 \pm 1/35$  سال، در گروه آموزش به روش پمفلت  $30/10 \pm 1/62$  سال و در گروه کنترل  $29/27 \pm 1/53$  سال بود. بر اساس آزمون کروسکال والیس تفاوت معنی‌داری در سن سه گروه آموزشی وجود نداشت ( $p=0/88$ ). ۹۵٪ از زنان در هر سه گروه خانه‌دار بودند. بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر، ارتباط معنی‌داری بین شغل زنان و گروه‌های آموزشی وجود نداشت ( $p=0/106$ ). اکثر زنان در هر سه گروه بارداری خواسته داشتند و بر اساس نتایج آزمون کای دو اختلاف معنی-

جدول ۱- مقایسه میانگین نمرات حیطه نگرش در هر سه گروه قبل از مداخله و بعد از مداخله

گروه	آموزش بر اساس مدل	آموزش بر اساس پمفلت	کنترل	سطح معنی‌داری**
نگرش	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
قبل از مداخله	$99/53 \pm 10/15$	$102/60 \pm 14/11$	$104/87 \pm 16/18$	۰/۵۶۹
بعد از مداخله	$123/93 \pm 15/06$	$106/67 \pm 11/52$	$102/73 \pm 13/58$	< ۰/۰۰۱
سطح معنی‌داری*	< ۰/۰۰۱	۰/۰۴۴	۰/۱۶۳	

\* آزمون تی زوجی، \*\* آزمون آنالیز واریانس

جدول ۲- مقایسه میانگین نمرات هنجار ذهنی هر سه گروه در دو مرحله قبل از مداخله و بعد از مداخله

گروه	آموزش بر اساس مدل	آموزش بر اساس پمفلت	کنترل	سطح معنی‌داری*
هنجارهای ذهنی	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	
قبل از مداخله	۴۸±۶/۴۴۹	۴۷/۴۷±۶/۵۹۵	۴۸/۲۷±۴/۸۰۶	۰/۸۷۱
بعد از مداخله	۵۳±۵/۴۲	۴۶/۹۰±۵/۶۰۴	۴۷/۷۷±۴/۳۴۵	<۰/۰۰۱
سطح معنی‌داری**	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۰	۰/۵۱۳	

\*آزمون آنالیز واریانس، \*\*آزمون تی زوجی

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات کنترل رفتار درک شده هر سه گروه قبل و بعد از مداخله آموزشی

گروه	آموزش بر اساس مدل	آموزش بر اساس پمفلت	کنترل	سطح معنی‌داری*
کنترل رفتار درک شده	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	
قبل از مداخله	۳۶/۲۷±۴/۱۲۷	۳۶/۲۳±۵/۲۱۱	۳۶/۴۷±۵/۱۴۴	۰/۹۸۰
بعد از مداخله	۴۱/۸۰±۴/۴۲۱	۳۷/۰۷±۴/۴۶۴	۳۵/۸۳±۵/۸۷۳	<۰/۰۰۱
سطح معنی‌داری**	<۰/۰۰۱	۰/۱۴۰	۰/۳۰۴	

\*آزمون آنالیز واریانس، \*\*آزمون تی زوجی

جدول ۴- مقایسه میانگین نمرات قصد هر سه گروه قبل و بعد از مداخله آموزشی

گروه	قصد	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	۳۸ هفته‌گی	سطح معنی‌داری*
	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	
آموزش بر اساس مدل	۲/۸۷±۰/۴۳۴	۳/۸۰±۰/۴۰۷	۴±۰/۰۰۰	<۰/۰۰۱	
آموزش بر اساس پمفلت	۲/۸۰±۰/۴۸۴	۳/۳۳±۰/۵۴۷	۳/۲۳±۰/۶۷۹	<۰/۰۰۱	
کنترل	۲/۹۰±۰/۳۰۵	۳/۱۷±۰/۵۹۲	۳/۶۷±۰/۴۷۹	<۰/۰۰۱	
سطح معنی‌داری**	۰/۶۵۹	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱		

\*آزمون فریدمن، \*\*آزمون کروسکال والیس

## بحث

گروه باشد که این نتایج با مطالعه حاضر هم‌خوانی داشت (۱۱). مطالعه نگهبان و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان داد که زنان باردار آگاهی پایین و نگرش خنثی نسبت به زایمان طبیعی دارند و زنان دارای آگاهی بالاتر، زایمان طبیعی را ترجیح می‌دهند. در مطالعه حاضر بین گروه آموزشی بر اساس پمفلت و گروه کنترل تفاوت خاصی از نظر نمره نگرش بعد از مداخله نبود و این نتیجه به دلیل کسب اطلاعات زنان در گروه کنترل از طریق رسانه و پرسنل مراکز بهداشتی قابل توجیه است، زیرا در مقطعی که مطالعه حاضر در حال انجام بود، با شروع طرح تحول سلامت در مراکز مواجه شد که می‌تواند در نتایج گروه کنترل ما تأثیرگذار بوده باشد (۱۲). در گروه آموزش بر اساس مدل میانگین نمره هنجارهای ذهنی در مرحله بعد از مداخله بیشتر از دو گروه دیگر بود. لازم به ذکر است که هنجارهای ذهنی در این مطالعه همسر، مادر، مادر همسر و افراد تأثیرگذار (دوستان) بودند که به صورت غیر مستقیم آموزش دریافت کرده بودند. بر

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل رفتار برنامه‌ریزی شده بر انتخاب روش زایمان زنان باردار شهر یزد انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره «نگرش» در گروه آموزشی در مرحله بعد از مداخله بیشتر از دو گروه دیگر بود که این اختلاف از لحاظ آماری معنادار بود. نتایج مطالعات بیانگر آن است آنچه که در انتخاب روش زایمان مؤثر است، باور رفتاری افراد است که باعث شکل‌گیری نگرش و بالا بردن نگرش در زنان باردار جهت انتخاب روشی است که برای زایمان انتخاب می‌کنند. در مطالعه معینی و همکاران (۲۰۱۱) که به منظور بررسی دیدگاه زنان شهر رشت نسبت به انتخاب روش زایمانی بر روی ۷۲ زن باردار پس از اجرای ۴ جلسه آموزشی انجام شد، نمره آگاهی و نگرش زنان در سزارین انتخابی کمتر از دو گروه دیگر بود و این اختلاف از لحاظ آماری معنادار بود و می‌تواند یکی از دلایل افزایش میزان سزارین در این

اساس نتایج مطالعه حاضر این افراد به عنوان هنجارهای ذهنی پس از مداخله آموزشی تأثیر معناداری در بهبود دیدگاه مادران باردار نسبت به زایمان طبیعی و کاهش سزارین داشتند. از طرفی بین گروه آموزش با پمفلت و کنترل قبل و بعد از مداخله تفاوتی از نظر نمرات هنجار ذهنی مشاهده نشد. شهر یزد دارای بافت سنتی است و شامل عرف‌ها و هنجارهایی در جامعه است و این سنت جزء مهم‌ترین عواملی است که می‌تواند بر زنان باردار که از همان جامعه هستند تأثیرگذار باشد. لذا نظر اطرافیان مهم از جمله همسر و مادر و مادر همسر بر نظرات و تصمیمات زنان تأثیرگذار است؛ چنان‌که در گروه آموزش با تصحیح نظر اطرافیان نتایج بهتری مشاهده شد. درک رفتار کنترل شده شامل موانع و مشکلات درک شده توسط زنان باردار است که مانع تصمیم‌گیری درست زنان در انتخاب روش زایمان می‌شود. بر اساس نتایج مطالعه حاضر تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره کنترل رفتار درک شده در گروه‌های مورد مطالعه بعد از مداخله آموزشی و کنترل وجود داشت که نشان دهنده تأثیر مثبت برنامه آموزشی اجرا شده در این مطالعه است. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه شهرکی و همکاران (۲۰۱۲) که مقایسه تأثیر دو روش آموزشی در ترغیب زنان باردار به انجام زایمان طبیعی در زاهدان را انجام داد و مطالعه شهرکی و همکاران (۲۰۱۳) که دیدگاه‌های زنان باردار با قصد سزارین انتخابی بر اساس مدل رفتار برنامه‌ریزی شده در زاهدان را بررسی کرد، هم‌خوانی داشت (۱۳، ۱۴). عموماً رفتار به دنبال قصد اتفاق افتاده و بدون قصد، رفتاری اتفاق نخواهد افتاد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر میانگین نمره «قصد» در گروه آموزشی در مرحله بعد از مداخله بیشتر از دو گروه دیگر در این مرحله است که این یافته‌ها با مطالعه فتحیان و همکاران (۲۰۰۸) که در آن قصد مادران برای انجام زایمان طبیعی قبل و بعد از انجام آموزش در گروه مداخله و بعد از انجام آموزش بین گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌داری داشت، هم‌خوانی داشت (۲). همچنین در مطالعه شریفی‌راد و همکاران (۲۰۰۸) بررسی دیدگاه زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی و سزارین نشان داد بیش از

۷۰٪ مادران زایمان طبیعی و حدود ۳۰٪ آنان قصد سزارین داشتند (۱۵). یکی از نقاط قوت مطالعه حاضر در نظر گرفتن سه گروه جهت بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل و آموزش مبتنی بر پمفلت و گروه کنترل بود. همچنین استفاده از مدل آموزشی جهت انجام مطالعه یکی از نقاط قوت طرح بود. همزمان شدن مراحل پایانی مطالعه حاضر با شروع طرح تحول سلامت و زایمان طبیعی عامل بسیار مهمی بود که بر نتایج مطالعه تأثیر گذاشت و به عنوان نقطه ضعف مطالعه محسوب می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی در مناطقی مانند استان یزد که فرهنگ و هنجارهای جامعه نقش بسیار پررنگی بر تصمیم‌گیری افراد دارند، مطالعات کیفی قبل از انجام مطالعه کمی جهت ارزیابی نیازهای آموزشی زنان صورت پذیرد تا بر اساس نتایج مداخله آموزشی مناسب طراحی گردد.

### نتیجه‌گیری

آموزش با مدل، روش مؤثری در افزایش انگیزش، قدرت تصمیم‌گیری و مهارت زنان باردار در خصوص انتخاب زایمان طبیعی است. لذا می‌توان با برنامه‌ریزی و نیازسنجی از مادران باردار در راستای آموزش و اطلاع‌رسانی از فواید زایمان طبیعی و حذف موانع و ترس‌های زنان در رابطه با زایمان طبیعی، همچنین طراحی و اجرای بسته‌های آموزشی مناسب، گام مؤثری در جهت ارتقای سلامت مادران برداشت. نتایج به دست آمده از این مطالعه می‌تواند در برنامه‌ریزی آموزشی جهت تغییر نگرش زنان و خانواده‌ها و رفع موانع در انتخاب روش زایمان طبیعی مورد استفاده قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه تحصیلی مقطع کارشناسی ارشد مامایی می‌باشد که با حمایت مالی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شد. بدین‌وسیله از مسئولین محترم بهداشتی شهر یزد و مادران عزیزی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Gibbs RS, Karlyn BY, Haney AF, Nygaard I. Danforth's obstetrics and gynecology. Trans: Sobhanian K, Setoodenia A, Tadayyon M, Faridyan ID, Malek AM, Ebrahimi F. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Publications Nasle Farda; 2006. P. 576. (Persian).
2. Fathian Z, Sharifirad GR, 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. *Zahedan J Res Med Sci* 2007; 9(2):123-31. (Persian).
3. Rezakhani Moghaddam H, Shojaeizadeh D, Taghdisi MH, Hamidzadeh Arbabi Y, Savadpour MT. The effect of education by community health volunteers on choice of delivery kind in pregnant women based on the Behavioral Intention Model. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2013; 10(3):27-40. (Persian).
4. Mohammadpourasl A, Rostami F, Torabi SS. Prevalence of cesarean section and its demographic correlate in Tabriz. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2007; 28(3):101-5. (Persian).
5. Davari M, Maracy M, Ghorashi Z, Mokhtari M. The relationship between socioeconomic status and the prevalence of elective cesarean section in nulliparous women in Niknafs Teaching Center, Rafsanjan, Iran. *Womens Health Bullentin* 2014; 1(2):958-65. (Persian).
6. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery* 2010; 26(4):394-400.
7. Borhani M, Sarylu K. Exploring of effect of education designed based on BAZNEF model on choosing delivery mode in pregnant women in minoodasht health center. [PHD Thesis]. Gorgan, Iran: Golestan University of Medical Sciences; 2012. (Persian).
8. Azizi M, Salari P. Ethical approach on cesarean delivery to maternal request. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2009; 2(2):55-66. (Persian).
9. Abedian Z, Navaee M, Jaafari SH, Arani A, Ebrahimzadeh S. Comparing the effect of two teaching methods role playing and lecture on primigravida women's knowledge, attitude and performance in relation to type of delivery. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(1):25-35. (Persian).
10. Safari M, Shojaeizadeh D. Principles and foundation of health promotion and education. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Samat Publications; 2008. P. 82-175. (Persian).
11. Moinei B, Allahverdipour H, Mahjub H, Bashirian S. Assessing pregnant women's beliefs, behavioral intention and predictive factors for cesarean section in Hamadan. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011; 14(3):37-44. (Persian).
12. Negahban T, Ansari Jaber A, Kazemi M. Preference method of delivery and its relevant causes in view of pregnant women referring to public and private clinics in rafsanjan city. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2006; 5(3):161-8. (Persian).
13. Shahraki Sanavi F, Ansari-Moghaddam A, Navabi Rigi S. Two teaching methods to encourage pregnant women for performing normal vaginal delivery. *Iran J Med Educ* 2012; 12(3):184-92. (Persian).
14. Shahraki-Sanavi F, Rakhshani F, Navidiyan A, Ansari-Moghadam A. A study on attitude of pregnant women with intention elective cesarean on theory of planned behavior. *Zahedan J Res Med Sci* 2013; 17(9):95-7. (Persian).
15. 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. *J Ilam Univ Med Sci* 2007; 15(1):19-23. (Persian).