



## پیشگویی انتخاب نوع زایمان مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده

مهدی عبدالکریمی<sup>۱</sup>، مرادعلی زارعی پور<sup>۲\*</sup>، منیره رضایی مرادعلی<sup>۳</sup>، حسن محمودی<sup>۴</sup>، احسان موحد<sup>۵</sup>، مهین علی نژاد<sup>۶</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران  
<sup>۲\*</sup> دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت ارتقاء سلامت، مرکز بهداشت شهرستان ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه، ایران

<sup>۴</sup> دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

<sup>۵</sup> دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران

<sup>۶</sup> کارشناسی ارشد آموزش بهداشت ارتقاء سلامت، مرکز بهداشت ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

(دریافت: ۱۳۹۵/۱/۱۴ - پذیرش: ۱۳۹۵/۴/۱)

### چکیده

**مقدمه:** امروزه میزان سزارین در ایران از محدوده ی توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت بالاتر است؛ و یکی از دلایل افزایش سزارین، درخواست مادران می باشد.

**هدف:** با توجه به افزایش میزان سزارین در ایران به عنوان معضل بهداشتی و عوارض آن روی مرگ و میر مادر، این مطالعه با هدف پیشگویی انتخاب نوع زایمان مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده صورت گرفت.

**روش:** این مطالعه از نوع مقطعی است که بر روی ۲۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی روستایی ارومیه در سال ۱۳۹۳ با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای مشتمل بر سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده شامل آگاهی، نگرش، کنترل رفتار درک شده، هنجار انتزاعی و قصد رفتاری بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS v.16 و آزمون‌های آماری تی تست، کای دو و رگرسیون لجستیک آنالیز شدند.

**یافته‌ها:** میانگین سن زنان مورد مطالعه  $4/8 \pm 27/9$  سال بود. ۶۸/۵ درصد مادران قصد داشتند به روش زایمان طبیعی و ۳۱/۵ درصد قصد داشتند به روش سزارین، زایمان کنند. بین انتخاب نوع زایمان با سطح تحصیلات ( $p=0/005$ )، سه ماهه‌ی حاملگی ( $p=0/01$ )، نوع بارداری (خواسته، ناخواسته) ( $p=0/04$ )، سابقه‌ی سقط و مرده‌زایی ( $p=0/02$ ) و سابقه‌ی نوع زایمان قبلی ( $p<0/001$ ) ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. از بین سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، سازه‌ی هنجار انتزاعی، بیشترین عامل مؤثر ( $p<0/001$ ) و سازه‌ی نگرش کم‌ترین عامل مؤثر در پیشگویی انتخاب نوع زایمان بود. ( $p=0/01$ )

**نتیجه گیری:** توصیه می شود برنامه های مداخله ای برای انتخاب نوع زایمان بر اساس سازه‌های این تئوری و با تاکید بر هنجار انتزاعی جهت انجام زایمان طبیعی تدوین گردد.

**کلید واژه‌ها:** سزارین، زایمان طبیعی، نظریه ی رفتار برنامه ریزی شده

## مقدمه:

وجود این آمار و ارقام و فاصله، ما تا رسیدن به شعار سازمان بهداشت جهانی، لزوم انجام پژوهشی در جهت یافتن علت این افزایش و انجام راه کارها در جهت کاهش این آمار و ارقام ضروری به نظر می رسد.

در بسیاری از موارد علت زایمان به روش سزارین، ضرورت پزشکی نیست؛ بلکه ناآگاهی، عقاید، رفتارها و نگرش‌های غلط، تعیین کننده ی نوع زایمان انجام شده است.

مرور مطالعات انجام شده نشان می دهد که پژوهش ها تا کنون بیشتر به بررسی میزان شیوع سزارین و نیز برخی عوامل مرتبط پرداخته اند و مطالعات محدودی درباره ی عوامل روان شناختی و مبتنی بر نظریه صورت گرفته است. از جمله تئوری هایی که جهت پیشگویی رفتار مورد

استفاده قرار می گیرد، تئوری رفتار برنامه ریزی شده است. بر اساس این تئوری، نگرش ها، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده، بر قصد انجام یک رفتار تأثیر می گذارند. نگرش یک شخص، ارزیابی مطلوب یا نا مطلوب از یک رفتار است که از طریق تجربیات گذشته شکل گرفته است. هنجارهای ذهنی اشاره به فشارهای اجتماعی درک شده توسط شخص دارد که موافق یا مخالف با رفتار بوده و رسانه ها، خانواده و دوستان در آن نقش ایفا می کنند. در نهایت، کنترل رفتاری درک شده اعتقاد فرد در مورد آسان یا دشوار بودن انجام یک رفتار خاص است. (۹،۱۲)

در مطالعه ی شهرکی ثانوی بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده در زاهدان، اکثریت خانم ها آگاهی، نگرش و کنترل رفتار درک شده ی در حد ضعیف تا متوسط داشتند. (۱۰) هم چنین رحمتی نجارکلائی در تهران،

سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی خطر بیش تری برای مادر دارد. چرا که میزان مرگ و میر ناشی از سزارین هفت برابر زایمان طبیعی است و عوارض آن شامل عفونت رحمی، مشکلات قلبی و ریوی، ترومبو آمبولیسم، خونریزی پس از زایمان، مشکلات جراحی مامایی و آسیب به لگن می باشد. (۱) هم چنین ناتوانی های مادر پس از انجام سزارین موجب عدم توجه و رسیدگی کامل مادر و عدم شیردهی صحیح نوزاد می گردد. از طرف دیگر سزارین بر کاهش باروری، کاهش وزن نوزادان، آسیب زودرس نوزادی و افسردگی پس از زایمان تأثیر می گذارد. (۲)

مطالعات مختلف نیز در ایران نشان داده اند که سطح تحصیلات، سزارین قبلی، دیسترس تنفسی، بیماری های لگنی، دیابت بارداری از جمله عوامل موثر در نوع زایمان می باشند. (۳) در دنیا حدود ۱۰ تا ۳۰ درصد زایمان ها به روش سزارین انجام می شود. اما هم اکنون ۵۰-۶۵ درصد زایمان ها در کشور ایران به صورت سزارین بوده که ۹۰ درصد سزارین ها در بیمارستان های خصوصی انجام می شود. (۴)

در مطالعه ی شریعت و همکاران در تهران میزان سزارین در تهران ۶۶/۵ درصد و در مطالعه ی تاتاری در بیمارستان های خصوصی مشهد ۶۶/۶ درصد و در بیمارستان های دولتی آن ۳۰ درصد بوده است. (۵-۶) سازمان بهداشت جهانی، سزارین را برای سال ۲۰۱۰ حداکثر تا میزان ۱۵ درصد توصیه نموده است. (۷-۸) با

قبل از اقدام به برنامه ریزی آموزشی ابتدا ابعاد این تئوری را بررسی کنند؛ چرا که شناخت این عوامل به برنامه ریزان کمک می کند که برنامه های موثرتری بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده طراحی کنند تا موجبات ترغیب زنان برای اتخاذ رفتار زایمان طبیعی فراهم شود و در طولانی مدت به کاهش تعداد موارد سزارین منجر گردد.

#### روش مطالعه:

در این پژوهش توصیفی-تحلیلی، ۲۰۰ زن باردار مورد مطالعه قرار گرفتند. روش نمونه گیری به صورت خوشه ای تصادفی بود که با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهر ارومیه در سه ماهه ی دوم سال ۱۳۹۳ انجام شد. روش نمونه گیری به این ترتیب بود که، ابتدا ۱۰ مرکز از بین ۳۵ مرکز بهداشتی درمانی روستایی به صورت تصادفی ساده انتخاب، و از هر مرکز نیز با روش نمونه گیری تصادفی ساده نمونه ها انتخاب شدند. در صورت عدم رضایت افراد انتخاب شده تا رسیدن به نمونه ی مورد نظر، افراد جدید به لیست اضافه شدند و با در نظر گرفتن  $\alpha = 0.05$  و میزان  $\beta = 0.2$  و با استفاده از  $r = 0.6$  از مطالعات مشابه که نشان دهنده ی میانگین ضریب همستگی بین سازه های مدل رفتار برنامه ریزی شده با انتخاب نوع زایمان در زنان می باشد؛ (۲۶) ۱۲۴ نفر برآورد شد. با توجه به نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای در این مطالعه و با در نظر گرفتن اثر طرح ۱/۶ حجم نمونه ۱۹۸ نفر برآورد شد که جهت اطمینان بیشتر ۲۰۰ نفر در مطالعه وارد شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: سن بارداری ۹ تا ۹

دریافت که هنجار انتزاعی از بین عوامل نظریه ی رفتار برنامه ریزی شده، بیشتر نوع انتخاب آگاهانه ی زنان باردار را پیش بینی می کند و از بین عوامل مؤثر در مراحل بعدی به ترتیب می توان از آگاهی، نگرش و کنترل رفتاری درک شده نام برد. (۱۱)

در تحقیق باقیانی مقدم به منظور تعیین قصد انتخاب روش زایمان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی نشان داد که بین قصد انتخاب روش زایمان و سازه های منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده و حساسیت درک شده ارتباط معنی دار وجود داشت؛ اما بین قصد انتخاب روش زایمان و سازه ی شدت درک شده و آگاهی، ارتباط معناداری وجود نداشت. (۲)

شریفی راد در بررسی دیدگاه زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی و سزارین بر اساس مدل قصد رفتاری نشان داد؛ بین قصد با آگاهی و نگرش ارتباط معنادار وجود داشت. همچنین ۶۰ درصد زنان باردار، پزشک را جزء هنجارهای انتزاعی اصلی در قصد انتخاب نوع زایمان معرفی نمودند. (۹)

با توجه به نتایج متفاوت تحقیقات انجام گرفته بر اساس تئوری ها و مدل ها، در پیش بینی قصد رفتاری فرد در انتخاب نوع زایمان و هم چنین مطالعه ای بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده در زنان باردار شهرستان ارومیه به خصوص در روستا انجام نگرفته است؛ بنابراین این مطالعه با هدف بررسی عوامل پیشگویی کننده ی انتخاب نوع زایمان در زنان باردار بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده ی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۳ انجام شده است. در این مطالعه سعی محققین بر این بود که

ماهه، دارای پرونده ی بهداشتی بودن در مراکز بهداشتی، عدم تجویز سزارین اجباری (نداشتن اندیکاسیون سزارین) توسط پزشک معالج و رضایت و همکاری زنان باردار، و معیارهای خروج شامل تشخیص حاملگی چند قلوئی، لگن کوچک، دیابت و سابقه ی فشار خون بالا (پره اکلامپسی و اکلامپسی) و عدم رضایت و همکاری بود.

ابزار مورد استفاده پرسشنامه ای در دو قسمت اصلی بود. بخش اول در مورد اطلاعات دموگرافیک خانم باردار و همسرش، قسمت دوم ابزار مورد استفاده بر اساس سازه‌های تئوری برنامه ریزی شده، ابزاری بود که توسط شهرکی ثانوی و همکاران (۱۰) طراحی گردیده شده بود در مطالعه‌ی حاضر نیز آلفای کرونباخ بر روی نمونه ی پایلوت بین ۰/۸۸- تا ۰/۷۵، به دست آمد.

سوالات سازه های تئوری برنامه ریزی شده شامل: آگاهی نسبت به مزایا و معایب زایمان طبیعی و سزارین شامل هفت سوال (حداقل نمره ی صفر و حداکثر ۱۴) که پاسخ صحیح نمره ی ۲ و پاسخ نمی دانم نمره ی ۱ و پاسخ‌های نادرست نمره ی صفر داشت، بود. نگرش نسبت به رفتار زایمان طبیعی یا سزارین شامل هفت سوال (حداقل نمره ی ۷ و حداکثر نمره ی ۳۵)، کنترل رفتاری درک شده نسبت به نوع زایمان هم هفت سوال (حداقل نمره ی ۷ و حداکثر ۳۵) با طیف لیکرت پنج گزینه ای ۱-۵ بود. هنجارهای ذهنی شامل هفت سوال (حداقل نمره ی ۷ و حداکثر ۱۴)، جهت بررسی هنجار ذهنی زنان به صورت دو گزینه‌ای (موافقم، مخالفم) بود؛ که پاسخ ها به صورت نمره و درصد محاسبه گردید. قصد رفتاری یک سوال داشت که

به صورت دو گزینه ای (قصد انجام سزارین یا زایمان طبیعی) بود. در این مطالعه رفتار زنان بعد از زایمان (رفتار نوع انتخاب زایمان) به دلیل طولانی شدن مدت زمان تحقیق، انجام نگرفت.

با توجه به اینکه پیش فرض تمام مدل ها و تئوری های آموزش بهداشت داشتن آگاهی است به همین دلیل هنگام کار با مدل ها و تئوری های آموزشی اولین کار سنجش آگاهی می باشد و با اینکه در شماتیک مدل نیست اما در پژوهش حاضر آگاهی نسبت به مزایا و معایب زایمان طبیعی و سزارین را سنجیده ایم.

پرسش نامه ها پس از توضیح اهداف پژوهش و ذکر محرمانه ماندن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت در مطالعه، پس از کسب رضایت نامه کتبی توسط زنان باردار، و با راهنمایی پرسشگر و به صورت خود گزارشی تکمیل گردید. در مورد زنان بی سواد پرسش نامه ها توسط بهروزان مرکز و از طریق مصاحبه تکمیل گردید. داده ها پس از گردآوری وارد نرم افزار SPSS<sup>v.16</sup> شدند و توسط آزمون های تی تست، مجذورکای دو و رگرسیون لجستیک تحلیل شد.

#### یافته ها:

میانگین سن زنان مورد مطالعه  $27/9 \pm 4/8$  سال بود. از نظر سنی، بیش ترین زنان مورد مطالعه ۱۳۴ نفر (۶۷ درصد) مربوط به گروه سنی ۲۰-۳۰ سال بودند. هم چنین بیش ترین زنان مورد پژوهش، خانه دار ۱۸۱ نفر (۹۰/۵ درصد) و بقیه شاغل بودند؛ و ۱۶۷ نفر (۸۳/۵ درصد) زنان مورد مطالعه نوع بارداری خود را، برنامه ریزی شده

اعلام کردند. از نظر سطح تحصیلات ۱۰۰ نفر (۵۰ درصد) بی سواد و سواد ابتدایی، ۸۶ نفر (۴۳ درصد) دیپلمه، و ۱۴ نفر (۷ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. از بین زنان مورد مطالعه ۳۹ نفر (۱۹/۵ درصد) سابقه سقط را ذکر کردند. هم چنین در مورد نوع زایمان قبلی ۷۵ نفر (۳۷/۵ درصد) زایمان طبیعی و ۳۵ نفر (۱۷/۵ درصد) سزارین را به عنوان روش زایمان دلخواه خود انتخاب کرده بودند و بقیه ۹۰ نفر (۴۵ درصد) سابقه زایمان نداشتند. میانگین و انحراف معیار نمره ی آگاهی و هنجارهای ذهنی

زنان نسبت به انتخاب نوع زایمان به ترتیب  $1/96 \pm 10/74$  و  $1/18 \pm 10/27$  و میانگین نمره ی نگرش و کنترل رفتاری درک شده ی زنان نسبت به قصد انتخاب نوع زایمان به ترتیب  $3/58 \pm 25/7$  و  $4/63 \pm 24/42$  بود. نتایج آزمون تی تست نشان داد که بین تمام سازه های مدل (آگاهی، نگرش، کنترل رفتاری درک شده، هنجار ذهنی) با قصد زایمان ارتباط معناداری وجود دارد. (جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار نمره ی سازه های مورد مطالعه به تفکیک قصد انتخاب نوع زایمان

P.value	قصد زایمان				سازه های مدل
	سزارین		طبیعی		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<۰/۰۰۱	۲/۱۶	۱۰/۰۱	۱/۷۶	۱۱/۰۷	آگاهی
<۰/۰۰۱	۳/۷۱	۲۴/۰۹	۳/۴۵	۲۶/۴۵	نگرش
<۰/۰۰۱	۵/۲۱	۲۰/۳	۴/۰۵	۲۶/۳۱	کنترل رفتاری درک شده
<۰/۰۰۱	۱/۴۲	۹/۴۱	۰/۹۴	۲۰/۶۷	هنجار ذهنی

یافته های جدول شماره ۲ نشان می دهد که با آزمون مجذور کای، بین انتخاب نوع زایمان با سطح تحصیلات، ماه حاملگی، نوع بارداری (خواسته/ ناخواسته)، سابقه سقط و مرده زایی و سابقه ی نوع زایمان قبلی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد. ( $p < 0/05$ ) از نظر سایر ویژگی ها نظیر سن، شغل، تعداد فرزندان و سن ازدواج ارتباط آماری معنی داری مشاهده نگردید. ( $p > 0/05$ )

جدول شماره ۲: ارتباط متغیرهای دموگرافیک با قصد انتخاب نوع زایمان در زنان باردار مورد مطالعه - ارومیه ۱۳۹۳

P.value	قصد زایمان			متغیر وابسته
	سزارین	طبیعی	کل	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	متغیرهای مستقل
۰/۳۵	(۱۱/۱)۲	(۸۸/۹)۸	(۵)۱۰	کمتر از ۲۰
	(۳۳/۴)۴۴	(۶۶/۴)۸۹	(۶۶/۵)۱۳۳	۲۰ - ۳۰
	(۲۹/۸)۱۷	(۷۰/۲)۴۰	(۲۸/۵)۵۷	۳۰ و بیشتر
۰/۰۰۳	(۲۱)۲۱	(۷۹)۷۹	(۵۰)۱۰۰	بی سواد - ابتدایی
	(۴۴/۲)۳۸	(۵۵/۸)۴۸	(۴۳)۸۶	دیپلم
	(۵۷/۲)۸	(۴۲/۸)۶	(۷)۱۴	تحصیلات دانشگاهی
۰/۷۴	(۳۲)۵۸	(۶۸)۱۲۳	(۹۰/۵)۱۸۱	خانه دار
	(۲۷/۸)۶	(۷۲/۲)۱۳	(۹/۵)۱۹	شاغل

P.value	قصد زایمان			متغیر وابسته	
	سزارین تعداد(درصد)	طبیعی تعداد(درصد)	کل تعداد(درصد)	متغیرهای مستقل	
۰/۵۹	۲۳(۲۸)	۵۹(۷۲)	۸۲(۴۱)	بدون فرزند	
	۲۸(۳۵/۴)	۵۱(۶۴/۶)	۷۹(۳۹/۵)	تعداد ۱-۲ فرزند	
۰/۰۱	۱۲(۳۰/۸)	۲۷(۶۹/۳)	۳۹(۱۹/۵)	بیشتر از ۲ فرزند	
	۸(۱۶/۷)	۴۰(۸۳/۳)	۴۸(۲۴)	سه ماهه اول	
۰/۰۱	۲۷(۳۱/۸)	۵۸(۶۸/۲)	۶۷(۳۵/۵)	سه ماهه دوم	
	۲۸(۴۱/۸)	۳۹(۵۸/۲)	۸۵(۴۲/۵)	سه ماهه سوم	
۰/۴۹	۲۴(۳۸/۱)	۳۹(۶۱/۹)	۶۳(۳۱/۵)	کمتر از ۲۰ سال	
	۲۸(۲۷/۷)	۷۳(۷۲/۳)	۱۰۱(۵۰/۵)	۲۰-۳۰ سال	
۰/۰۴	۱۲(۳۱/۴)	۲۴(۶۸/۶)	۳۶(۱۸)	بیشتر از ۳۰ سال	
	۴۸(۲۸/۷)	۱۱۹(۷۱/۳)	۱۶۷(۸۳/۵)	خواسته	
۰/۰۲	۱۵(۴۵/۵)	۱۸(۵۴/۵)	۳۳(۱۶/۵)	ناخواسته	
	۱۸(۴۶/۲)	۲۱(۵۳/۸)	۳۹(۱۹/۵)	دارد	
۰/۰۰۰۱	۴۵(۲۸)	۱۱۶(۷۲)	۱۶۱(۸۰/۵)	ندارد	
	۱۵(۴۰)	۱۲۰(۶۰)	۱۳۵(۶۷/۵)	طبیعی	
	۵۰(۹۲/۵)	۱۵(۷/۵)	۶۵(۳۲/۵)	سزارین	

معنی دار در سطح ۰/۰۵

مطابق جدول شماره ۳، آنالیز رگرسیون لجستیک برای متغیرهای پیشگویی کننده ی عوامل مربوط به باروری، در انتخاب نوع روش زایمان در زنان حامله انجام گرفت. متغیرهای مستقل آگاهی، نگرش، کنترل رفتاری درک شده و هنجارهای انتزاعی هم زمان وارد مدل شدند. بیش ترین عامل موثر در پیشگویی انتخاب نوع زایمان، هنجار انتزاعی (OR=۱/۸۴) بود. (p<۰/۰۰۱) در مرحله ی بعدی آگاهی (OR=۱/۵۴)، بعد کنترل رفتاری درک شده (OR=۱/۳۵) و بعد نگرش (OR=۰/۸) به ترتیب در پیش بینی انتخاب نوع زایمان نقش داشتند.

جدول شماره ۳: عوامل پیشگویی کننده ی قصد رفتاری انتخاب زایمان طبیعی بر اساس تئوری برنامه ریزی شده -

ارومیه ۱۳۹۳

متغیرها	β(بتا)	سطح معنی داری	Exp(B)	فاصله اطمینان ۹۵ در صد
				پائین بالا
آگاهی	۰/۴۳۵	۰/۰۰۱	۱/۵۴	۱/۲۲ ۱/۹۴
نگرش	۰/۲۱۲	۰/۰۱	۰/۸	۰/۶۹ ۰/۹۵
کنترل رفتاری درک شده	۰/۳۰۲	۰/۰۰۱	۱/۳۵	۱/۱۸ ۱/۵۴
هنجار ذهنی	۰/۶۱۲	۰/۰۰۱	۱/۸۴	۱/۲۶ ۲/۶۸

در زمینه ی انتخاب نوع زایمان در سازه ی هنجار ذهنی، ۶۳/۱ درصد پزشکان، ۵۲/۶ درصد مادران، ۵۰ درصد شوهران، ۳۰ درصد کارمندان بهداشتی، ۲۰/۳ درصد دوستان، ۱۸ درصد سایر افراد خانواده (خواهر، خواهر شوهر..)، ۱۲ درصد غیره به ترتیب در تصمیم گیری زنان در خصوص قصد انتخاب نوع زایمان موثر بودند.

بحث:

احتمالا به علت تغییر شیوه ی زندگی، افزایش استرس زندگی و عدم تحرک، توانایی کم تری برای زایمان به روش طبیعی داشته و به علت اعتماد به روش های جدید تر و عدم توجه به همه ی ابعاد جراحی تمایل بیش تری نیز به زایمان به روش سزارین دارند.

یافته های این پژوهش نشان داد قصد انتخاب نوع زایمان با سن حاملگی رابطه ی معنا دار آماری دارد؛ که با نتایج تحقیق نوری زاده و همکاران هم خوانی ندارد. (۱۶) طبق نتایج تحقیق حاضر، بیش ترین قصد انتخاب زایمان طبیعی، در طی سه ماهه ی دوم بارداری دیده شده است؛ که علت این تفاوت ها ممکن است به دلیل عدم آمادگی روانی لازم برای شروع بارداری در سه ماهه ی اول باشد؛ و پس از تثبیت بارداری و حمایت همسر و اطرا فیان این نگرانی ها به حداقل خود می رسد و دوباره در سه ماهه ی سوم به دلیل نزدیک شدن به زمان زایمان و ترس از دردهای زایمان طبیعی، انتخاب روش سزارین به حداکثر میزان خود می رسد.

نتیجه ی مطالعه حاضر بین قصد انتخاب نوع زایمان با روش زایمان قبلی، ارتباط آماری معنی داری نشان داد که مشابه یافته های مطالعات قبلی بود. (۱۶،۲۰) به این ترتیب که زنان بارداری که اولین زایمان آنان به روش سزارین صورت گرفته بود؛ درصد انتخاب سزارین بیش از کسانی بود که اولین زایمان آن ها به روش طبیعی بود. بر طبق مطالعه ی حاضر احتمالا کاهش موارد اولیه بر کاهش موارد بعدی سزارین بسیار تاثیر گذار خواهد بود.

مطالعه ی حاضر، با هدف پیشگویی قصد انتخاب نوع زایمان بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده در زنان باردار روستایی شهر ارومیه انجام شده است. نتایج نشان داد که ۶۸/۵ درصد مادران قصد داشتند به روش زایمان طبیعی و ۳۱/۵ درصد قصد داشتند به روش سزارین، زایمان کنند. که با مطالعه ی مقطعی افشاری و همکاران که با هدف بررسی انتخاب روش زایمان توسط زنان باردار نخست زای شهر سمیرم با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی ۲۸/۵ درصد زنان قصد انجام زایمان به روش سزارین را داشتند، هم خوانی دارد. (۲۷) نمره، آگاهی، نگرش، کنترل رفتاری درک شده و هنجار ذهنی زنان باردار که قصد زایمان طبیعی داشتند، نسبت به زنان باردار که قصد سزارین دارند، بیشتر و از نظر آماری معنا دار بود؛ که با مطالعات شهرکی ثانوی و Long همخوانی دارند. (۱۴،۱۰)

در مطالعه ی حاضر، ارتباط آماری معنا داری بین قصد انتخاب نوع زایمان با متغیرهای سن، شغل، تعداد فرزندان و سن ازدواج مشاهده نگردید. Chong و همکاران در سنگاپور و نوری زاده و همکاران در مرند نیز هیچ گونه ارتباط معناداری بین ترجیح زنان باردار در مورد زایمان و ویژگی های دموگرافیکی ذکر شده، نیافتند. (۱۶، ۱۵)

بر اساس مطالعات شریعت و همکاران در تهران، زمانی و همکاران در اهواز و معینی و همکاران در همدان، ارتباط معنی داری بین سطح تحصیلات و انتخاب نوع زایمان مشاهده شد؛ (۱۷، ۱۸، ۱۹) که با مطالعه ی ما هم خوانی دارد. به نظر می رسد امروزه افراد با تحصیلات بالاتر،

بین سابقه‌ی سقط با انتخاب سزارین رابطه‌ی معنی داری مشاهده شد؛ که با نتایج مطالعه‌ی انجام گرفته در چین هم خوانی دارد. (۱۴) سقط جنین در حاملگی قبلی سبب افزایش استرس، اضطراب و ترس در زنان گردیده که می‌تواند یکی از دلایل انتخاب سزارین به عنوان روش ختم زایمان در بارداری‌های بعدی باشد.

عوامل پیشگویی کننده‌ی قصد انتخاب نوع زایمان بر اساس تئوری برنامه‌ریزی شده، نشان داد که هنجار انتزاعی، مهم‌ترین عامل در پیشگویی‌کنندگی انتخاب نوع زایمان است. هنجار ذهنی شامل ادراک افراد از این که، دیگران کدام روش زایمان را تأیید می‌کنند، می‌باشد و یا باور افراد درباره‌ی این که کسانی که برای آن‌ها مهم‌اند، درمورد قصد انتخاب نوع زایمان چه نظری دارند. (۹) زنانی که در آن‌ها هنجارهای ذهنی از زایمان به روش طبیعی حمایت می‌کنند، احتمال انتخاب زایمان طبیعی بیشتر از افراد دیگر است.

در زمینه‌ی هنجارهای انتزاعی همان گونه که نتایج نشان داد؛ مهم‌ترین فرد برای اکثر مادران پزشک و در درجات بعدی مادر، شوهر و دوستان قرار داشتند. نتایج مطالعه‌ی شریفی راد نشان داد که در زمینه‌ی هنجارهای ذهنی زنان باردار، پزشکان در درجه‌ی اول، شوهر در درجه‌ی دوم و مادر، دوستان، کتاب، رسانه‌های گروهی و کارمندان بهداشتی به ترتیب در رتبه‌های بعد قرار داشتند. (۲۵)

زنان باردار تلاش می‌کنند قبل از هرگونه تصمیم و انتخابی در خصوص نوع زایمان، نظر خود را با گرایش‌های پزشک متخصص خویش هماهنگ سازند؛ چرا که در طی

تحقیقات مختلف از میان عوامل مربوط به هنجارهای انتزاعی، مهم‌ترین گزینه‌ی مؤثر بر تصمیم‌گیری زنان در خصوص روش زایمان، پزشک می‌باشد. (۲۵،۱۱) در مطالعه‌ی انجام شده در مناطق روستایی چین، نیمی از افراد به توصیه‌ی پزشک سزارین غیر اورژانس داشته‌اند؛ که مهم‌ترین نظر پزشک در انتخاب نوع زایمان با نتایج اخیر هم خوانی دارد. (۱۴)

یافته‌ها بیانگر آن است که هنوز نظر پزشک به عنوان مشاور اصلی بر تصمیم‌گیری افراد نقش بسزایی دارد. بنابراین هرگونه برنامه‌ریزی مسئولان در سطح کلان باهدف گسترش زایمان طبیعی در صورتی به نتیجه خواهد رسید که علاوه بر تمرکز بر فاکتورهای فردی مؤثر بر تصمیم‌گیری زنان باردار در رابطه با نوع زایمان (آگاهی، نگرش، کنترل رفتار درک شده)، عوامل اجتماعی مؤثر بر آنان بخصوص پزشکان و متخصصین زنان و زایمان را نیز تحت الشعاع خود قرار دهد.

آگاهی یکی دیگر از عوامل پیشگویی کننده‌ی قصد انتخاب نوع زایمان است. در افرادی که آگاهی بالایی دارند؛ احتمال انتخاب زایمان طبیعی بیش‌تر از افراد دیگر است؛ که با مطالعه‌ی معینی و پوران دوخت در همدان که اولین گام مؤثر جهت کاهش سزارین انتخابی را افزایش آگاهی زنان باردار در خصوص زایمان ایمن و مزایای زایمان طبیعی می‌دانند هم خوانی دارد. (۲۱،۱۷)

از طرفی دیگر Anderson و Penna و همکاران در تحقیق خود در آمریکا به این نتیجه رسیدند که برای کاهش شیوع سزارین و عوارض ناشی از این عمل جراحی،



بایستی آگاهی زنان باردار را افزایش داد. مطابق نظر این محققان، افزایش آگاهی و مهارت مادران طی بارداری در کوتاه مدت موجب افزایش اعتماد به نفس آن ها شده و دانش آن ها را در خصوص بارداری و تصمیم گیری های بعدی ارتقا می بخشد؛ و در بلند مدت باعث کاهش عوارض ناشی از تولد نوزاد کم وزن و اعمال این آگاهی ها و رفتارها در حاملگی های بعدی می شود. (۲۲،۲۳)

بنابراین آگاهی از مهم ترین عوامل موثر بر سلامتی است و کسب آگاهی شرط اساسی و اولین قدم در اتخاذ یک رفتار بهداشتی است.

مطالعه حاضر نشان داد که کنترل رفتاری درک شده به عنوان یک عامل پیشگویی کننده در انتخاب زایمان طبیعی به عنوان روش ترجیحی در زنان باردار موثر بوده است. کنترل رفتاری درک شده بیان می کند که تا چه اندازه یک فرد احساس می کند که انجام رفتاری تحت کنترل اراده ی وی قرار دارد. مطالعه ی شهرکی در زاهدان نشان می دهد افرادی که قصد سزارین دارند کنترل رفتاری درک شده ی ضعیف تا متوسط داشتند؛ (۱۰) در واقع می توان گفت زنانی که کنترل رفتاری درک شده ی پائین دارند؛ به توانایی خود در مقابله با دردهای زایمانی باور ندارند و توانایی تحمل دردهای زایمانی و انجام زایمان طبیعی، به دلیل اعتماد به نفس پائین، برایشان مشکل است.

مطالعه ی حاضر نشان داد نگرش زنان به نوع زایمان، پیشگویی کننده ی روش قصد زایمان آن ها خواهد بود. هر چقدر نگرش افراد نسبت به روش طبیعی مثبت تر

بوده و نمره ی بالاتری کسب نموده بودند؛ کمتر انتخاب زایمان سزارین را پیش بینی می کند. در مطالعه ی شهرکی ثانوی، Penna, Lei (۲۰۲۳، ۱۰) اکثریت زنانی که قصد سزارین انتخابی را داشتند؛ دارای نگرش منفی به زایمان طبیعی بودند؛ که با مطالعه ی حاضر همخوانی نداشت. شاید بتوان گفت زنان باردار روستایی در مقایسه با زنان باردار شهری، نگرش هایی چون کلاس، مد، چشم هم چشمی که از پدیده های فرهنگی تاثیر گذارند، کمتر برخوردارند.

از جمله محدودیت های مطالعه ی حاضر عدم اندازه گیری رفتار انتخاب نوع زایمان بوده است. توصیه می شود در مطالعات آتی علاوه بر قصد رفتاری، رفتار انتخاب نوع زایمان (بررسی رفتار زنان بعد از زایمان) مورد مطالعه قرار گیرد.

#### نتیجه گیری نهایی:

با توجه به عوامل پیشگویی کننده قصد انتخاب نوع زایمان به نظر می رسد با ایجاد فضایی مطلوب برای زایمان طبیعی و فرهنگ سازی و حمایت همه جانبه در جامعه، برنامه ریزی و طراحی آموزش متناسب با سازه های تئوری برنامه ریزی شده (آگاهی، نگرش، کنترل درک شده، هنجارهای ذهنی) میتوان گامی بلند در جهت سلامتی مادر و نوزاد برداشت همچنین نقش پزشک به عنوان فرد موثر و غالب در تصمیم گیری انتخاب روش زایمان و نقش همسر به عنوان شریک زندگی، باید در ایجاد سیاست ها و دستوالعمل های پایدار مورد توجه قرار گیرد.

سپاسگزاری: بدینوسیله از کلیه پرسنل مراکز بهداشتی

درمانی روستایی شهرستان ارومیه که در این پژوهش ما را  
 یاری نمودند تقدیر بعمل می آید.  
 تشکر و قدردانی:  
 بدینوسیله از کلیه پرسنل مراکز بهداشتی درمانی  
 روستایی شهرستان ارومیه که در این پژوهش ما را یاری  
 نمودند تقدیر بعمل می آید.

### References:

- 1- Faraji Darkhaneh R, Zahiri Sooroori Z, Farjad Bastani F. A Survey of Knowledge and Attitude of Pregnant Women About Delivery Methods. *Journal of Guilan University of medical Sciences*. 2003; 12 (46): 69-75. [in Persi].
- 2- Baghianimoghadam M, jozi F, Hatamzadah N, Mehrabbik A, Hashemifard F et al . The relationship between HBM constructs and intended delivery method. *TB*. 2014; 12 (4) : 105-116.
- 3- Turnbull DA, Wilkinson C, Yaser A, Carty V, Svigos JM, Robinson JS. Women's role and satisfaction in the decision to have a caesarean section. *Medical journal of Australia*. 1999; 170(12): 580-583.
- 4- Ganji F, Raeisi R, Khosravi ShA, Soltani P, Kasiri KA, Jafar Zadeh L, et al. Effect of a participatory intervention to reduce the number of unnecessary cesarean sections performed in Shahrekord, Iran. *Shahrekord university of med sciences j*. 2006; (8): 14-18. [in Persian].
- 5- Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmoodi M. Cesarean section in maternity hospitals in Tehran, Iran. *Payesh J, the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2002; 3(1): 10-15. [in Persian].
- 6- Tatari F, Abedi F, Afshari P, Haghhighizadeh MH. the comparison survey of frequency and causes of cesarean in referred pregnant women to prenatal and educational hospital of mashhad. *Ilam University of Medical Sciences*. 2004; 43-42(12): 25-31. [in Persian].
- 7- Cunningham FG, Leveno KJ, Blooms, et al. *Williams Obstetrics*. 23th ed. USA: McGraw Hill. 2010; 699.
- 8- Hong X. Factors related to the high cesarean section rate and their effects on the “price transparency policy” in Beijing, China. *The Tohoku journal of experimental medicine*. 2007; 212(3): 283-298.
- 9- Sharifirad GH.R, 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. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2007; 15(1): 19-23. [in Persian].
- 10- Shahraki-Sanavi F, Rakhshani F, Navidiyan A, Ansari-Moghaddam A. A Study on Attitude of Pregnant Women with Intention of Elective Cesarean Based on Theory of Planned Behavior. *Zahedan J Med sci*. 2012; 14 (9): 95-7. [in Persian].
- 11- Rahmati Najarkolaei F, Eshraghi T, Dopeykar N, Zamani O. Determinants of delivery type selection by using theory of planned behaviors (TPB). *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2015; 12(12): 1062-1070. [in Persian].
- 12- Ajzen I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *J Appl Soc Psychol*. 2002; 32 (4): 665-83.
- 13- Rahimi T, Dehdari T, Faryabi R, Ghazvinian L. The Applicability of the Theory of Planned-Behavior in Predicting the Intention to Exclusive Breast-feeding among Pregnant Women in Qom in 2014. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015; 14 (4): 299-310. [in Persian]

- 14- Long Q, Klemetti R, Wang Y, Tao F, Yan H, Hemminki E. High caesarean section rate in rural China: Is it related to health insurance (New Cooperative Medical Scheme)? *Social Science & Medicine*. 2012 ; 75 (4): 733-737.
- 15- Chong E, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *Int J Gynecol Obstet*. 2003; 80: 189-94.
- 16- Nouri Zadeh R, Mohammadpour A, Kazempour R, Bakhtari Aghdam F. Selection of cesarean section and its contributing factors in the pregnant women in Marand. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2009; 7(1): 51-57. [in Persian]
- 17- Moeini B, Allahverdipour H, Mahjoub H, Bashirian S. Assessing pregnant women's beliefs, behavioral intention and predictive factors for cesarean section in Hamadan. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2011; 14 (3): 37-44. [in Persian]
- 18- Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmoudi M. Cesarean Section in Maternity Hospitals In Tehran, Iran. *Payesh*. 2002; 1(3): 5-10. [in Persian]
- 19- Zamani-Alavijeh F, Shahry P, Kalhory M, Haghhighizadeh M, Sharifirad G, Khorsandi M. Identification of factors related to elective cesarean labor: a theory-based study. *Shahed Journals*. 2012; 19 (96): 1-10. [Persian]
- 20- Pang MW, Law LW, Leung TY, Lai PY, La TK. Sociodemographic factors and pregnancy events associated with women who declined vaginal birth after cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Repro Bio*. 2009; 143: 24-28.
- 21- Pourandokht A, Mohamadzadeh L, Haghayii H. Benefits and harms of vaginal delivery and unneeded cesarean section. *Behvarz Journals*. 2012; 23(1): 62-4. [in Persian]
- 22- Anderson ET. Health and disease prevention. *Nursing Outlook* 1996; 10(5): 1105-1106.
- 23- Penna L, Arulkumaran S. Cesarean section for non-medical reasons. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003; 82(3): 399-409.
- 24- Lei H, Wen SW, Walker M. Determinants of cesarean delivery among women hospitalized for childbirth in a remote population in China. *J Obstet Gynaecol Can*. 2003; 25(11): 937-943.
- 25- Sharifi-Rad GH, Fathian Z, Tirani M, Mahleki B. Perspectives of pregnant women to cesarean delivery and normal according to behavioral intention mode. *Razi J Med Sci*. 2008; 15(1): 19-23. [in Persian]
- 26- PHuong LTN. Factors influencing intention of elective cesarean section among pregnant women in Quang in Ngai province, Vietnam [dissertation]: Faculty of nursing Burapha University. 2015.
- 27- Afshar A, GHaffari M. Assessing choice of delivery method by primiparous pregnant women based on Health Belief Model in semi-urban. *IjOGI*. 2013; 16(47): 22-9. [in Persian]

Original Article**Prediction of delivery type based on the theory of planned behaviors**

M. Abdolkarimy<sup>1</sup>, MA. Zareipour<sup>\*2</sup>, M. Rezaie Moradali<sup>3</sup>, H. Mahmoodi<sup>4</sup>, E. Movahed<sup>5</sup>, M. Alinejad<sup>6</sup>

<sup>1</sup>PhD Candidate in Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

<sup>\*2</sup>PhD Candidate in Health Education and Health Promotion, Urmia Health Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>3</sup>MSc midwifery, Faculty of Nursing and midwifery, Islamic Azad University Urmia, Iran.

<sup>4</sup>PhD Candidate in Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

<sup>5</sup>PhD Candidate in Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

<sup>6</sup>MSc Health Education and Health Promotion, Urmia Health Center, Urmia University, Urmia, Iran

**(Received: 2 Apr, 2016 – Accepted: 21 Jan, 2016)**

**Abstract**

**Introduction:** Nowadays, the rate of cesarean section has surpassed the rate recommended by World Health Organization. One of the reasons for this increase is women's request for cesarean section.

**Objective:** Given the increase in cesarean section rates as a health problem in Iran and its effects on maternal mortality, this study aimed to predict the type of delivery based on the theory of planned behavior.

**Method:** This cross-sectional study recruited 200 pregnant women presenting to rural health centers of Urmia using random cluster sampling in 2014. The data collection tool was a questionnaire containing constructs of the theory of planned behavior, including knowledge, attitude, perceived behavioral control, subjective norms and behavioral intention. Data were analyzed in SPSS 16 using paired t-test, chi-square test and logistic regression.

**Results:** Women's mean age was  $27.9 \pm 4.8$  years, 68.5% of mothers stated that they intended to have normal delivery and 31.5% were inclined to cesarean section. Significant relationships were observed between the delivery choice and education level ( $P=0.005$ ), trimester of pregnancy ( $P = 0.01$ ), conception type (wanted, unwanted) ( $P = 0.04$ ), history of abortions and previous stillbirths ( $P = 0.02$ ), and type of previous delivery ( $P < 0.0001$ ). Among the constructs of the theory of planned behavior, subjective norms was the most effective ( $P < 0.0001$ ), and attitude was the least important factor in predicting the type of delivery ( $P = 0.01$ ).

**Conclusion:** It is recommended that intervention programs based on constructs of the theory of planned behavior be implemented with emphasis on subjective norms to help pregnant women choose natural delivery.

**Keywords:** Cesarean section, delivery, theory of planned behavior