

بررسی عوامل مؤثر بر انتخاب روش زایمان در زنان باردار شکم اول مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی اردبیل

افشان شرقی^۱، عزیز کامران^۲، غلامرضا شریفی راد^۳

چکیده

مقدمه: مکانیسم انجام زایمان یک فرایند خودبه‌خودی و بدون نیاز به مداخله می‌باشد به جز در مواردی که جان مادر یا نوزاد در خطر باشد، که در این صورت با انجام عمل جراحی سزارین به نجات جان مادر یا نوزاد کمک می‌شود. متأسفانه امروزه شیوع سزارین در اکثر کشورهای پیشرفته، به بیش از ۵۰ درصد رسیده است، در حالی که سازمان بهداشت جهانی تأکید دارد سزارین تنها بر اساس اندیکاسیون انجام شود. در این پژوهش، علل و عوامل مؤثر بر قصد انتخاب روش زایمان در زنان باردار شکم اول مورد بررسی قرار گرفت.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی - تحلیلی، آینده‌نگر بود. جامعه آماری مطالعه شامل زنان باردار شکم اول مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی اردبیل بود که تعداد ۳۹۶ نفر از زنان در سه ماهه آخر بارداری با نمونه‌گیری دو مرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر ۴ سؤال است که در ۶ قسمت طراحی شده بود. روایی پرسش‌نامه توسط استادان متخصص و پایایی آن توسط آزمون Cronbach's alpha مورد تأیید قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS^{۱۵} و آزمون‌های Paired t و Chi-square استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سن مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی اردبیل ۳/۲ . ۲۱/۸ سال بود و اکثر مادران (۳۴/۶ درصد) تحصیلات دیپلم داشتند. ۷۰/۷ درصد مادران ابراز کردند که به احتمال زیاد یا به طور قطعی با روش زایمان طبیعی، زایمان می‌کنند؛ اما در ختم بارداری، روش سزارین با ۵۸/۶ درصد بیشترین روش انتخاب شده و توصیه پزشک با ۳۶/۶ درصد بیشترین عامل تأثیرگذار روی انتخاب روش زایمان بود. نگرش زنان نسبت به سزارین در قبل و بعد از زایمان کاهش معنی‌داری داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: عوامل اجتماعی و انگیزه برای اطاعت از نرم‌های انتزاعی به ویژه از پزشک و پرسنل بهداشتی درمانی، بر روی قصد نهایی برای انجام رفتارهای مرتبط با سلامت، تأثیر بسزایی دارند. با توجه به این فاکتورهای اجتماعی، می‌توان با ارتقای آگاهی و نگرش مادران نسبت به زایمان طبیعی، در تقویت قصد مادران در انجام زایمان و حمایت‌های محیطی مادر در انتخاب روش زایمان طبیعی، مؤثرتر واقع شد.

واژه‌های کلیدی: آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی، فاکتورهای قادرسازی، سزارین.

نوع مقاله: تحقیقی

پدیرش مقاله: ۹۰/۲/۱۸

دریافت مقاله: ۱۹/۱۱/۱۵

۱. متخصص پزشکی اجتماعی، عضو هیأت علمی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
۲. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت ارتقای سلامت، عضو هیأت علمی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.
(نویسنده مسؤول)

Email: a_kamranyen@yahoo.com

۳. استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

مقدمه

افزایش شیوع سزارین موضوعی است که امروزه در تمام دنیا مورد بررسی قرار گرفته است. در سال‌های اخیر انجام سزارین در کشورهای جهان سوم رو به افزایش است و یکی از روش‌های کاهش آن، شناسایی علل و فاکتورهای مؤثر بر انتخاب روش زایمان به ویژه سزارین می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین علل و فاکتورهای مؤثر بر تصمیم‌گیری در انتخاب نوع زایمان، تعیین آگاهی زنان از زایمان طبیعی و سزارین، نگرش نسبت به روش‌های زایمان و نیز انگیزه برای اطاعت از عوامل دارای نفوذ انجام گردید.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی و آینده‌نگر بود. جامعه آماری مطالعه شامل زنان باردار شکم اول مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی اردبیل بود که تعداد ۳۹۶ نفر از زنان باردار شکم اول که در سه ماهه آخر بارداری جهت مراقبت‌های معمول دوران بارداری به مراکز بهداشتی درمانی اردبیل مراجعه نموده بودند، وارد مطالعه شدند. انتخاب نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای انجام شد؛ بدین صورت که ابتدا ۶ مرکز در نقاط مختلف شهر (غرب، شرق، شمال، جنوب و مرکز شهر) به طور تصادفی انتخاب شدند و از هر مرکز نیز با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و تصادفی ساده، نمونه‌ها انتخاب گردید و توسط پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفت. پرسنل واحد بهداشت خانواده مراکز انتخاب شده در این زمینه، توجیه شدند و اطلاعات از خود مادران بدون مراجعه به پرونده اخذ شد. علت این موضوع، اخذ اطلاعات و دلایل منجر به رفتار از زبان خود مادر بود.

پرسش‌نامه مشتمل بر ۵۴ سؤال و در ۶ قسمت بر اساس اجزای مدل بزنف طراحی شده بود که بخش‌های آن به ترتیب زیر بود:

- بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک،
- بخش دوم شامل سؤالات آگاهی در خصوص زایمان طبیعی، عوارض و اندیکاسیون‌های سزارین (مشتمل بر ۱۵ سؤال که به صورت ۴ گزینه‌ای که به پاسخ صحیح نمره ۱ و به پاسخ غلط یا نمی‌دانم نمره صفر تعلق گرفت)،

زایمان یکی از موهبت‌های الهی برای تولید نسل بشر بر روی زمین می‌باشد که از بدو تولد آدم تا کنون همواره ادامه داشته است. مکانیسم انجام زایمان یک فرایند خودبه‌خودی و بدون نیاز به مداخله می‌باشد که سال‌های سال با سیر طبیعی خود انجام شده است (۱) و در صورت به خطر افتادن جنین یا مادر، با انجام عمل جراحی سزارین به نجات جان مادر یا نوزاد کمک می‌شود. متأسفانه امروزه شیوع سزارین در اکثر کشورهای پیشرفته به بیش از ۵۰ درصد رسیده است و در بسیاری از جوامع انجام زایمان با روش سزارین به یک فرهنگ مبدل گشته است؛ به طوری که بیش از نیمی از زنان داوطلبانه به انجام سزارین روی می‌آورند. این در حالی است که سزارین علاوه بر مرگ و میر بیشتر مادران پس از انجام عمل سزارین و ایجاد عوارض جسمی و روانی برای مادر، موجب ۲-۳ برابر شدن هزینه زایمان برای مادر و خانواده می‌شود، همچنین ناتوانی‌های مادر پس از انجام سزارین موجب عدم توجه و رسیدگی کامل مادر و شیردهی صحیح نوزاد پس از تولد می‌گردد (۲).

انجام عمل جراحی سزارین، در اصل محدود به مواردی است که زایمان از طریق کانال طبیعی میسر نباشد و یا با خطراتی جدی برای جنین یا مادر همراه باشد، بنابراین موارد استفاده از عمل سزارین محدود و مشخص است و این روش، روش ارجح برای زایمان نیست، چرا که مانند هر عمل جراحی دیگر عوارض و خطرات فراوانی برای مادر و نوزاد به همراه دارد (۳، ۴) و نسبت به زایمان واژینال خطر بیشتری در بر دارد؛ چرا که میزان مرگ و میر ناشی از آن هفت برابر زایمان طبیعی است (۵).

از آنجایی که سزارین عمل جراحی بزرگی است و ممکن است عوارض زیادی را بر مادر و نوزاد تحمیل کند، در سال‌های اخیر، از سوی سازمان‌های بین‌المللی از جمله سازمان جهانی بهداشت بر انجام عمل سزارین تنها بر اساس اندیکاسیون، تأکید شده است (۶). با توجه به این‌که زایمان یکی از حساس‌ترین و مهم‌ترین خدمات نظام بهداشتی درمانی جوامع است، سزارین نیز به عنوان یکی از روش‌های زایمان، باید به شکل مناسب و کم هزینه و با کمترین عوارض جسمی و دارویی انجام گردد (۷).

اکثر مادران (۳۴/۶ درصد) تحصیلات دیپلم داشتند و خانه‌دار (۹۳/۹ درصد) بودند، تنها ۶/۱ درصد آنان شاغل بودند. میانگین نمره آگاهی مادرانی که سزارین کرده بودند، بیشتر از مادران با زایمان طبیعی بود، اما این اختلاف به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P = 0/1$).

قبل از ختم بارداری، ارزیابی‌های نگرشی مادران از نتایج احتمالی سزارین بررسی شد و میانگین نمره در گروه سزارین $3/7 \pm 17/7$ و در گروه زایمان طبیعی $3/7 \pm 16/6$ به دست آمد و آزمون t اختلاف معنی‌داری بین دو گروه نشان داد. پس از ختم بارداری میانگین نمره ارزیابی از نتایج سزارین بعد از زایمان در گروه سزارین $3/8 \pm 16/9$ و در گروه زایمان طبیعی $4/2 \pm 16/4$ بود (جدول ۱). میانگین نمره بعد از زایمان کاهش پیدا کرد و این کاهش معنی‌دار بود (جدول ۲).

میانگین نمره نگرشی مادران قبل از زایمان در گروه سزارین $29/6 \pm 45/3$ و در گروه زایمان طبیعی $10/9 \pm 41/1$ و بعد از زایمان در گروه سزارین $10/3 \pm 38/7$ و در گروه زایمان طبیعی $9/7 \pm 37/4$ به دست آمد و آزمون، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد ($P = 0/211$). نتایج نشان داد که میانگین نمره نگرشی مادران بعد از زایمان در هر دو گروه، نسبت به قبل از زایمان کمتر شده و در تمایلات مادران به سزارین کاهش معنی‌دار ایجاد شده است ($P < 0/001$).

نتایج حاصل از اعتقادات نرمی نشان داد که ۶۱/۴ درصد دوستان و آشنایان، ۴۹ درصد شوهران و ۶۷/۴ درصد مادران برای ختم بارداری، زایمان طبیعی را پیشنهاد کرده‌اند. همچنین در ۸۸/۴ درصد زنانی که پزشکان به آن‌ها سزارین را پیشنهاد کرده بودند، ختم بارداری آنان به روش سزارین بوده است و در ۵۹/۲ درصد افرادی که پزشکان در پیشنهاد روش زایمانی بی‌تفاوت بوده‌اند نیز از روش سزارین برای زایمان استفاده شده بود و ارتباط معنی‌داری بین روش پیشنهادی پزشک و روش ختم بارداری به دست آمد ($P < 0/001$). این یافته‌ها در مورد روش‌های پیشنهادی شوهر، مادر و دوستان زنان شرکت کننده در مطالعه نیز در انتخاب روش صادق بود.

- بخش سوم سؤالات ارزیابی از نتایج سزارین (مشمول بر ۱۰ سؤال که به صورت صحیح/ غلط طراحی شد و به پاسخ صحیح نمره ۳، نمی‌دانم نمره ۲ و به پاسخ غلط نمره ۱ تعلق گرفت که بیشترین نمره در این ارزیابی ۳۰ بود و هر چه نمره بیشتر باشد، نشان دهنده ارزیابی مثبت از نتایج احتمالی سزارین در بعد از عمل و گرایش به انجام سزارین می‌باشد).

- بخش چهارم سؤالات نگرش بود (شامل ۱۶ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ تایی طبقه‌بندی شده بود. به نگرش کاملاً موافق امتیاز ۵ و به نگرش کاملاً مخالف امتیاز ۱ داده شد. حداکثر نمره نگرشی ۸۰ و نمره‌های بالاتر بیانگر نگرش مثبت و تمایل به سزارین بود).

- بخش پنجم سؤالات هنجارهای انتزاعی (نقش اطرافیان در انتخاب روش زایمان) بود که در دو قسمت مطرح گردید.

- بخش ششم سؤال در مورد قصد رفتاری است که به صورت ۴ گزینه‌ای طراحی شده بود. پرسش‌نامه قبل از زایمان و در مراجعه به مرکز با مصاحبه مستقیم توسط محقق تکمیل و پس از ختم دوران بارداری نیز دوباره اطلاعات مربوط به روش ختم بارداری و علل انجام آن جمع‌آوری گردید.

جهت تعیین اعتبار علمی پرسش‌نامه، از روش اعتبار محتوی استفاده شد. بدین صورت که پرسش‌نامه با استفاده از منابع و کتب معتبر در این زمینه تهیه و با تأیید استادان، اصلاحات لازم صورت گرفت و پایایی علمی نیز با استفاده از آزمون Cronbach's alpha ۰/۹۶ به دست آمد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS^{۱۵} و آزمون‌های Paired t و آزمون t مستقل و Chi-square استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی اردبیل $3/2 \pm 21/8$ سال و حداقل و حداکثر سن مادران ۱۵ و ۲۹ سال بود. کمترین، بیشترین و میانگین سن حاملگی در مادران به ترتیب ۲۸، ۴۰ و $2/8 \pm 35/8$ هفته به دست آمد.

جدول ۱: توزیع فراوانی زنان شرکت کننده به تفکیک روش زایمان بر حسب میانگین نمره آگاهی، نگرش و ارزیابی از نتایج سزارین

t-test	انحراف معیار	میانگین	تعداد		
	۲/۲۸	۵/۱۹	۲۲۲	سزارین	میانگین نمره آگاهی
۰/۱۳۲	۲/۰۵	۴/۸۵	۱۶۴	زایمان طبیعی	
	۳/۷۵	۱۷/۷۲	۲۲۲	سزارین	میانگین نمره ارزیابی از نتایج سزارین قبل از زایمان
۰/۰۰۶	۳/۷۸	۱۶/۶۶	۱۶۴	زایمان طبیعی	
	۲۹/۶	۴۵/۳	۲۲۲	سزارین	میانگین نمره نگرشی قبل از زایمان
۰/۰۸	۱۰/۹	۴۱/۱	۱۶۴	زایمان طبیعی	
	۳/۸	۱۶/۹	۲۲۲	سزارین	میانگین نمره ارزیابی از نتایج سزارین بعد از زایمان
۰/۱۷۷	۴/۲	۱۶/۴	۱۶۴	زایمان طبیعی	
	۱۰/۳	۳۸/۷	۲۲۲	سزارین	میانگین نمره نگرشی بعد از زایمان
۰/۲۱۱	۹/۷	۳۷/۴	۱۶۴	زایمان طبیعی	

جدول ۲: میانگین نمره ارزیابی از نتایج سزارین و نگرشی زنان قبل و بعد از بارداری

Paired t	انحراف معیار	میانگین نمره	
P < ۰/۰۱	۳/۷	۱۷/۲۸	میانگین نمره ارزیابی از نتایج سزارین قبل از زایمان
	۳/۹	۱۶/۷	میانگین نمره ارزیابی از نتایج سزارین بعد از زایمان
P < ۰/۰۱	۲۳/۸	۴۳/۶	میانگین نمره نگرشی قبل از زایمان
	۱۰/۱۲	۳۸/۱	میانگین نمره نگرشی بعد از زایمان

روش سزارین با ۵۸/۶ درصد بیشترین روش انتخاب شده برای زایمان ذکر شد.

در بعد از زایمان از زنان باردار برای بررسی عوامل مؤثر روی انتخاب روش زایمان پرسیده شد که «چه چیزی در انتخاب نهایی شما برای روش زایمان تأثیرگذار بود و تصمیم شما را قطعی کرد؟» که توصیه پزشک با ۳۶/۶ درصد بیشترین موارد و در خطر بودن جنین و اعتقاد به بهتر بودن زایمان طبیعی برای مادر و بچه هر یک با ۱۴/۹ درصد رتبه‌های بعدی را به خود اختصاص دادند (نمودار ۱).

پیشنهاد شوهر تأثیر بسزایی روی قصد زنان باردار داشت و ارتباط معنی‌داری بین قصد رفتاری و روش پیشنهادی برای زایمان مشاهده شد. پیشنهاد پزشک نیز تأثیر بسزایی روی قصد زنان باردار داشت و ۷۸/۶ درصد مواردی که پزشک زایمان طبیعی را پیشنهاد داده بود، قصد احتمالاً و قطعاً زایمان طبیعی را ابراز کردند و ارتباط معنی‌داری بین قصد رفتاری و روش پیشنهادی برای زایمان به دست آمد.

بیشترین فراوانی از انگیزه برای اطاعت از دیگران (افراد صاحب نفوذ) در انتخاب روش زایمان در هر دو گروه سزارین (۶۵/۱ درصد) و زایمان طبیعی (۴۷/۶ درصد) پزشک بود و پس از آن در هر دو گروه کارمندان بهداشتی در رتبه دوم قرار داشت.

قبل از زایمان، بیشترین قصد رفتاری ذکر شده برای ختم بارداری توسط زنان باردار روش قطعاً زایمان طبیعی با ۳۷/۶ درصد بود و در مجموع ۷۰/۷ درصد مادران ابراز کردند که می‌خواهند احتمالاً و یا قطعاً با روش زایمان طبیعی زایمان کنند، اما انتخاب نوع زایمان تنها با قصد مادران نبوده است؛ چرا که درصد بیشتری از زایمان‌های انجام گرفته با روش سزارین بوده است (جدول ۳).

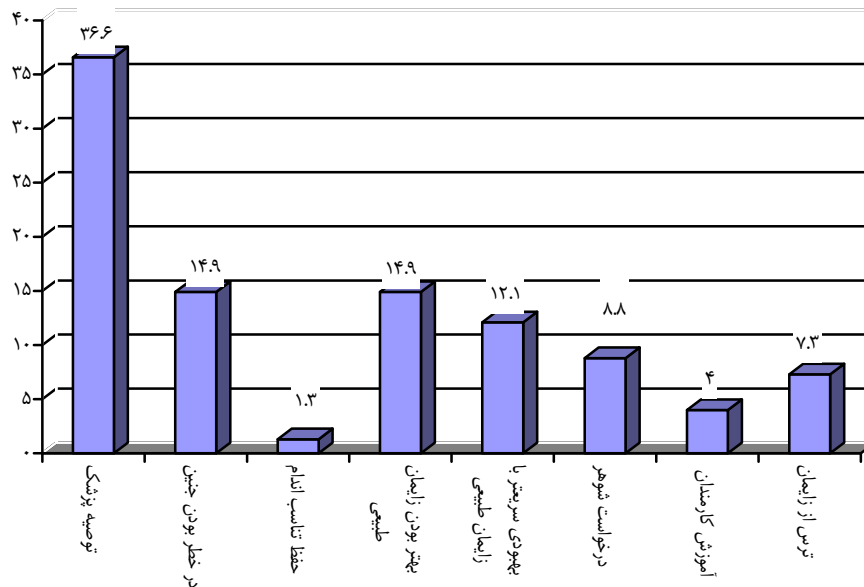
در بررسی علل سزارین به نقل از مادران، بیشترین فراوانی به ترتیب عدم پیشرفت زایمان با ۱۸/۱ درصد و خواست پزشک با ۱۵/۱ درصد و ترس از زایمان و خواست مادر هر کدام با ۱۱/۲ درصد در رتبه‌های بعدی علل بودند و در ختم بارداری،

جدول ۳: توزیع فراوانی قصد رفتاری زنان باردار در انتخاب نوع زایمان در دو گروه سزارینی و زایمان طبیعی

انتخاب نوع زایمان	زایمان با چه روشی انجام شد	سزارین	زایمان طبیعی	جمع
احتمالاً زایمان طبیعی	تعداد	۷۸	۵۳	۱۳۱
	درصد	۵۹/۵	۴۰/۵	۱۰۰/۰
احتمالاً سزارین	تعداد	۵۰	۲۰	۷۰
	درصد	۷۱/۴	۲۸/۶	۱۰۰/۰
قطعاً زایمان طبیعی	تعداد	۶۹	۸۰	۱۴۹
	درصد	۴۶/۳	۵۳/۷	۱۰۰/۰
قطعاً سزارین	تعداد	۳۵	۱۱	۴۶
	درصد	۷۶/۱	۲۳/۹	۱۰۰/۰
جمع	تعداد	۲۳۲	۱۶۴	۳۹۶
	درصد	۵۸/۶	۴۱/۴	۱۰۰/۰

P < .۰۰۰۱

P value
Chi-square



نمودار ۱: درصد فراوانی عوامل مؤثر در انتخاب روش زایمان در زنان شرکت کننده در مطالعه

بحث

طبیعی را سنجیدند، ۶۰ درصد زنان سزارینی، بعد از سزارین تمایل به انجام زایمان واژینال داشته‌اند (۱۲).

در مطالعه حاضر هدف از هنجارهای انتزاعی پاسخ به این سؤال بود که «چه افرادی به عنوان عامل دارای نفوذ روی تصمیمات زنان باردار تأثیرگذارند؟» بیشترین فراوانی در انگیزه برای اطاعت و هنجارهای انتزاعی، در هر دو گروه سزارین و زایمان طبیعی پزشک بود. پس از آن در هر دو گروه، کارمندان بهداشتی در رتبه دوم قرار دارند که این یافته‌ها هم‌سو با مطالعات مرتبط در این زمینه است. در مطالعه‌ای از فرجی و همکاران ۷۰ درصد زنان پزشک را عامل تعیین روش زایمان دانستند (۱۳) و طبق گزارش Signorelli و همکاران از ایتالیا، پزشک تعیین کننده مهمی در شیوع سزارین است (۱۴). در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین روش پیشنهادی پزشک و روش ختم بارداری به دست آمد.

برخی محققین، مهم‌ترین علت در تصمیم به سزارین را قضاوت پزشک و شرایط محیطی حاکم بر وی دانسته‌اند و نه شرایط زایمانی بیمار (۱۵). فرهنگ برخی جوامع و نیز اصرار بیمار و خانواده وی نیز در اتخاذ تصمیم پزشک در انجام سزارین مؤثر و از علل افزایش میزان سزارین می‌باشد (۱۶).

در تحقیق دیگری از Porreco، ۶۴ درصد زنان، نقش همسر خود را در انتخاب روش زایمانی مؤثر دانستند (۱۷). در این مطالعه نیز ۶۶/۴ درصد زنانی که شوهرانشان روش سزارین را به آن‌ها پیشنهاد کرده بودند، ختم بارداری آنان به روش سزارین بوده است.

سؤال مورد پژوهش بعدی مربوط به این بود که «مادران قبل از زایمان قصد داشتند با چه روشی زایمان کنند؟» عامل اصلی تعیین کننده رفتار، قصد شخص (Person's Intention) است و در اغلب موارد رفتار به دنبال قصد افتاده است و بدون قصد، رفتاری اتفاق نخواهد افتاد (۱۱). بیشترین قصد رفتاری ذکر شده برای ختم بارداری، روش قطعاً زایمان طبیعی با ۳۷/۶ درصد بود، اما انتخاب نوع زایمان تنها با قصد مادران نبود و در تناقض با آن بود. با توجه به اینکه همه مادران شرکت کننده در مطالعه ما شکم اول بودند، عوامل متعدد از قبیل ترس از زایمان طبیعی و نفوذپذیری بیشتر

نخستین سؤال پژوهشی در پژوهش حاضر، میزان آگاهی زنان باردار از روش‌های زایمانی بود که نتایج نشان داد آگاهی افراد شرکت کننده در این مطالعه، در حد متوسطی بودند که این مسأله می‌تواند مبین عدم کفایت آموزش‌های لازم در دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی باشد. این یافته هم‌سو با نتایج پژوهش یارندی و همکاران می‌باشد (۸). آگاهی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامتی است و کسب آگاهی شرط اساسی و اولین قدم در اتخاذ یک رفتار بهداشتی است (۱). نقش آگاهی در سزارین نیز حایز اهمیت است و Anderson در تحقیق خود به این نتیجه می‌رسد که برای کاهش شیوع سزارین و عوارض ناشی از این عمل جراحی بایستی آگاهی زنان باردار را افزایش داد (۹).

آگاهی‌های کسب شده زنان در مورد بارداری، بیشتر از تجارب زنان دیگر سرچشمه می‌گیرد که این آگاهی‌ها ممکن است پایه علمی درستی نداشته باشند. فقدان آگاهی از عوارض سزارین، نگرش منفی به زایمان طبیعی، نسبت دادن شایعات و عوارض نادرست به زایمان طبیعی و ترویج سزارین از علل مهم روی آوردن زنان به سزارین است (۱۰).

سؤال بعدی پژوهش، وضعیت نگرشی افراد بود که در قالب ارزیابی زنان از نتایج سزارین و نگرش افراد به روش‌های زایمانی مورد بررسی قرار گرفت. قبل از ختم بارداری، زنان ارزیابی مثبت‌تری نسبت به سزارین داشتند و پس از مواجهه و انجام زایمان، نسبت به سزارین ارزیابی مثبت کمتری نسبت به قبل از زایمان ابراز کردند.

بر اساس تئوری انتظار ارزش، انسان‌ها زمانی دست به رفتاری می‌زنند که از آن رفتار انتظار سود و ارزش داشته باشند و مبنای این امر قضاوت خود شخص است. در واقع قضاوت خود شخص نسبت به رفتاری است که قصد انجام آن را دارد و پس از قضاوت، در مورد رفتار تصمیم‌گیری می‌نماید. بنابراین چنانچه قضاوت وی در مورد رفتار خوب باشد، آن را انجام می‌دهد (۱۱). یافته مطالعه حاضر در راستای یافته‌های پژوهش Abitbol و همکاران بود که در آن نقطه نظرات بیماران خود را جویا شدند و نگرش بیماران نسبت به زایمان

نسبت به دیگر مادران، می‌تواند توجیهی برای این میزان سزارین باشد.

با توجه به میزان بالای سزارین، لزوم مداخلات در این زمینه حس می‌شود و مطالعات نشان می‌دهد که مداخلات نتیجه بخش بوده است؛ از جمله در تحقیقی که در شیکاگو به منظور تعیین تأثیر سیاست‌های دپارتمانی بر میزان سزارین انجام شد، مشخص گردید که پس از تغییر برنامه دپارتمان از نظر رویکرد به انجام سزارین، میزان کلی سزارین کاهش یافت (۱۸).

بعد از زایمان، از زنان باردار برای بررسی عوامل تأثیرگذار روی انتخاب روش زایمان پرسیده شد که «چه چیزی در انتخاب نهایی شما برای روش زایمان تأثیرگذار بود؟» که بیشترین علت برای سزارین‌های انجام شده، عدم پیشرفت زایمان گزارش شد که هم‌سو با یافته‌های فتحیان می‌باشد. طی بررسی‌های انجام شده، نزول سر داخل لگن تا زمان قرار گرفتن بیمار در فاز فعال زایمان امکان دارد و با اینداکشن و تحریک پرقدتر موارد عدم پیشرفت، می‌توان میزان سزارین را کاهش داد (۱۹) و انتخاب مواردی مانند عدم پیشرفت زایمان در حالی که بیمار هنوز در فاز فعال زایمان قرار نگرفته است، به عنوان دلیل سزارین جزء مواردی است که در کتب مرجع به عنوان علت نادری برای انجام سزارین ذکر شده است (۲۰).

نتیجه‌گیری

در این مطالعه، شاهد ۵۸ درصد سزارین در گروه زنان مورد مطالعه هستیم که از آمار قابل قبول بین‌المللی حدود ۳۰ درصد بالاتر است که این موضوع جای بحث و بررسی دارد. مطالعات بعدی بایستی به نقش پزشک و کنکاش در سزارین‌های غیر ضروری و عوامل مؤثر بر این موضوع بپردازد. زیرا عوامل اجتماعی و انگیزه برای اطاعت از نرم‌های انتزاعی به ویژه از پزشک و پرسنل بهداشتی درمانی بر روی قصد نهایی برای انجام

رفتارهای مرتبط با سلامت تأثیر بسزایی دارند.

با توجه به این فاکتورهای اجتماعی، می‌توان با ارتقای آگاهی و نگرش مادران نسبت به زایمان طبیعی-در مواردی که اندیکاسیون‌های سزارین مطرح نیست- تقویت قصد مادران در انتخاب زایمان طبیعی را تقویت کرد. همچنین می‌توان با ایجاد حمایت‌های محیطی با ارایه مشاوره و آموزش‌های لازم به افرادی نظیر شوهر و مادر زنان باردار، در کاهش میزان سزارین به نحوی مؤثرتر عمل نمود.

محدودیت‌ها

در این مطالعه افراد مورد پژوهش زنان مراجعه کننده به مراکز شهری بودند و زنان روستایی مورد بررسی قرار نگرفتند.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود کارکنان مراکز بهداشتی درمانی در خصوص مدل‌های تغییر رفتار آموزش ببینند. همچنین اهمیت این بحث در آموزش‌های نوین و مؤثر برای انجام مداخلاتی همچون سزارین، که نیاز به تغییر نگرش و کار بر روی فاکتورهای اجتماعی دارند، مورد تأکید قرار گیرد. میزان اطلاعات مادران و شوهران نیز از نحوه انجام زایمان طبیعی و سزارین و معایب و مزایای هر کدام افزایش یابد و معیارهای استاندارد علمی و مستند در مورد انتخاب دلایل سزارین توسط متخصصین زنان تدوین و اجرا گردد، چرا که انتخاب معیار علمی علاوه بر کاهش میزان سزارین‌های غیر ضروری، پشتوانه قانونی جهت پزشک نیز محسوب می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل می‌باشد که بدین‌وسیله از این معاونت و واحد پژوهش دانشگاه، همچنین از کلیه عزیزانی که در انجام طرح ما را یاری فرمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Sharifirad GH, Fathi Z, Tirani M, Mehaki B. Assessing of pregnant women toward vaginal delivery and cesarean section based on behavioral intention model. *Ilam University of Medical Science* 2007; 15(1): 19-23.
2. Hart DM, Norman J, Callander R, Govan AD. *Gynaecology illustrated*. 5th ed. London: Churchill Livingstone; 2000. p. 301-38.
3. Naghibei KH, Allameh Z, Montazeri K. Painless delivery or caesarean section which of them is better? 1st ed. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2001. p. 38-40.
4. Schuitemaker N, van Roosmalen J, Dekker G, van Dongen P, van Geijn H, Gravenhorst JB. Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76(4): 332-4.
5. The Report of monitoring and evaluation of reproductive health. Isfahan: Isfahan Province Health Center; 2005. p. 1-5.
6. Rivlin ME, Martin RW. *Manual of clinical problems in obstetrics and gynecology*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
7. Negahban T, Ansari Jaberei A, Kazemi M. The preferred delivery method and influenced factors from view of pregnant women referred to Rafsanjan city health and treatment units and clinics. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2006; 5(3): 161-8.
8. Yarandy F, Rezaei Z, Eftekhar Z, Saadat H, Ansari Jaberei M. Knowledge and attitudes of pregnant women about methods of delivery who referred to health centers in Tehran in 1999, *Journal of Guilan University*. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2002; 11(42): 15-20.
9. Anderson ET. Health and disease prevention. *Nursing Outlook* 1996; 10(5): 1105-252.
10. Faramarzi M, Pasha H, Bakhtiari A. Knowledge and attitudes of women toward natural childbirth. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2001; 3(4): 39-42.
11. Shojaei Zadeh D, Heidar Nia A, Ghofrani Pour F, Pak Pour A, Safari M. Theories, models and methods of health education and health promotion. Tehran: Sobhan Publication; 2009.
12. Abitbol MM, Castillo I, Taylor UB, Rochelson BL, Shmoys S, Monheit AG. Vaginal birth after cesarean section: the patient's point of view. *Am Fam Physician* 1993; 47(1): 129-34.
13. Faraji Dor Khaneh R, Zahiri Sharvarei Z, Farjad Bastanei F. Knowledge and Attitudes of pregnant women to normal delivery methods. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2003; 12(46): 69-75.
14. Signorelli C, Cattaruzza MS, Osborn JF. Risk factors for caesarean section in Italy: results of a multicentre study. *Public Health* 1995; 109(3): 191-9.
15. Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol* 1999; 28(4): 687-94.
16. Anderson GM, Lomas J. Explaining variations in caesarean section rates: patients, facilities or policies? *Can Med Assoc J* 1985; 132(3): 253-6, 259.
17. Porreco RP. Meeting the challenge of the rising caesarean birth rate. *Obstet Gynecol* 1990; 75(1): 133-6.
18. Poma PA. Effect of departmental policies on cesarean delivery rates: a community hospital experience. *Obstet Gynecol* 1998; 91(6): 1013-8.
19. Fathian Z, Sharifirad GH, Hasan Zadeh A, Fathian Z. The effect of educational program on knowledge, attitude and behavior of pregnant women to normal delivery method in the city of Khomeini in 2005. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2007; 9(2): 123-32.
20. Schneider EP, Farmakides G, Winn HN. Cesarean section and vaginal birth after cesarean section. In: Winn HN, Hobbins JC, Editors. *Clinical maternal-fetal medicine*. New York: Taylor & Francis; 2000. p. 15-8.

Factors Influencing Delivery Method Selection in Primiparous Pregnant Women Referred to Health Centers in Ardabil, Iran

Afshan Sharghi¹, Aziz Kamran², Gholamreza Sharifirad³

Abstract

Background: Delivery is a spontaneous mechanism without the need for intervention to save lives but in cases where the mother or baby is at risk, performing cesarean section will help save the mother and/or the baby. Unfortunately, today the prevalence of cesarean in most developed countries is over 50 percent, while the World Health Organization has emphasized that cesarean section should be performed only based on the indication. In this study we assessed the causes and factors influencing choice of delivery method.

Methods: In this cohort study 396 primiparous pregnant women were studied during their last trimester. The subjects were selected from pregnant women referring to health centers in Ardabil, Iran through dual-stage sampling. A questionnaire consisted of 54 questions, designed in six parts, was used to collect data. The validity and reliability of the questionnaire was confirmed. In order to analyze the data statistical software SPSS₁₅ was used to perform chi-square and paired t-test.

The mean age of mothers was 21.8 ± 3.2 years and the majority of them (34.6) were high school graduates. They were mostly housewives.

Findings: The majority of friends, husbands and mothers of pregnant women had suggested vaginal delivery to terminate pregnancy. Although 70.7% of mothers claimed that they would probably or definitely have normal vaginal delivery with labor, at the end of pregnancy, cesarean section was chosen as the most popular method for delivery (58.6%). The most effective factor in decision making was physician's suggestion (36.6%). Women's attitude towards cesarean significantly decreased after the surgery ($P < 0.05$).

Conclusion: Social factors and motivations, particularly from physicians and health personnel, have a significant impact on health-related behaviors. Therefore, promoting pregnant women's knowledge and attitude towards vaginal delivery would motivate them.

Key words: Knowledge, Attitudes, Subjective Norms, Enabling Factors, Cesarean.

1- Community Medicine, Department of Community Medicine, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

2- PhD Candidate, Department of Public Health, School of Health, Lorestan University of Medical Sciences, Khoram Abad, Iran. (Corresponding Author), Email: a_kamranyen@yahoo.com

3- Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.