

دانشور

پزشکی

شناسایی عوامل مرتبط با انتخاب زایمان سزارین: مطالعه‌ای تئوری محور

نویسندگان: فرشته زمانی علویجه^۱، پروین شهری^{۲*}، مریم کلهری^۳، محمد حسین حقیقی زاده^۴، غلامرضا شریفی راد^۵، محبوبه خورسندی^۶

۱. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۲. مربی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، گروه بهداشت عمومی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۴. مربی، آمار و گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۵. استاد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

۶. استادیار، عضو هیئت علمی گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران

Email: shahry_2001@yahoo.com

*نویسنده مسئول: پروین شهری

چکیده

مقدمه و هدف: زایمان به روش سزارین در بسیاری از نقاط دنیا از جمله ایران، بیش از استاندارد توصیه شده سازمان بهداشت جهانی است. این مطالعه تئوری محور، دلایل انتخاب روش زایمان سزارین در زنان باردار را بررسی کرده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ای تحلیلی و مقطعی روی ۳۴۲ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان‌ها و مطب‌های خصوصی شهر اهواز در سال ۱۳۸۹ صورت گرفت. داده‌ها با پرسش-نامه‌ای براساس مدل اعتقاد بهداشتی و نظریه رفتار برنامه ریزی شده، جمع آوری و با آزمون‌های آماری تی مستقل، کای دو و رگرسیون لجستیک آنالیز شدند.

نتایج: میانگین سنی زنان مورد مطالعه (۲۳/۹۵±۴/۰۷) سال بود. متغیرهای درآمد، قومیت، شغل و تحصیلات با انتخاب نوع زایمان، رابطه‌ای معنی دار داشت. براساس آزمون تی مستقل، میان تمام سازه‌های مورد مطالعه، شامل مزایای درک شده، موانع درک شده، شدت درک شده، حساسیت درک شده، هنجارهای ذهنی و خودکارآمدی با انتخاب نوع زایمان رابطه معناداری وجود داشت ($P < 0/001$). براساس آزمون چندمتغیره نیز، سه سازه شامل موانع درک شده، نرم‌های ذهنی و خودکارآمدی با انتخاب نوع زایمان، رابطه‌ای معنادار داشتند ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: با بالابردن درک زنان از توانایی خود و مقابله با موانعی مانند درد زایمان، می‌توان آنان را به سمت زایمان طبیعی سوق داد. جلب نظر همسران و مادران به عنوان عوامل تأثیرگذار از نظر هنجارهای ذهنی [هم] می‌تواند مفید واقع شود. محقق، استفاده از سازه اخیر را برای سایر مطالعات تئوری محور درباره موضوع بالا توصیه می‌کند.

واژگان کلیدی: زایمان سزارین، مدل اعتقاد بهداشتی، نظریه رفتار برنامه ریزی شده

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال نوزدهم- شماره ۹۶
دی ۱۳۹۰

دریافت: ۱۳۹۰/۷/۱۹

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۰/۱۰/۲۱

پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۱۰

مقدمه

عمل سزارین، به خروج جفت و جنین و غشاها با بریدن جداره شکم و رحم اطلاق می‌شود (۱)؛ با اینکه این عمل در مواقع ضروری، نجات جان مادر و کودک را سبب می‌شود، استفاده از آن در مواقع غیر ضروری بی-رویه رواج یافته‌است. زایمان به روش سزارین در مقایسه با روش طبیعی، خطری بیشتر برای مادر دارد چراکه میزان مرگ‌ومیر ناشی از سزارین، هفت برابر زایمان طبیعی است؛ از دیگر عوارض سزارین می‌توان به عفونت رحمی، خون‌ریزی پس از زایمان، مشکلات جراحی و آسیب به لگن اشاره کرد (۲).

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی^۱، آمار سزارین می‌بایستی تا سال ۲۰۱۰ به ۱۵ درصد کاهش-یابد؛ اما میزان آن در حال حاضر رو به افزایش است به-طوری‌که به بیش از ۳۰ درصد تولدها رسیده است (۳)؛ در شهر اهواز نیز این میزان در حدود ۲۹ درصد گزارش شده‌است (۴ و ۵).

عوامل متعددی از جمله مسائل طبی می‌توانند اقدام به عمل سزارین را سبب شوند؛ اما تحقیقات نشان داده‌اند که بیشتر موارد سزارین به دلایلی غیرطبیعی و به درخواست مادران انجام می‌شوند (۳). در برخی از مطالعات قبلی، ترس یکی از مهم‌ترین عوامل غیرطبیعی بیان شده‌است که می‌تواند گرایش مادران به این روش زایمانی را موجب شود (۶ و ۷). سایر پژوهشگران، ترس از صدمه به دستگاه تناسلی ۸/۸ درصد، ترس از درد شدید زایمان طبیعی ۵۲/۵ درصد و ترس از احتمال صدمه به نوزاد ۶/۲ درصد گزارش کرده‌اند؛ عواملی مانند اقدام به بستن لوله‌های رحمی به هنگام سزارین ۱۷/۵ درصد، درخواست همسر ۵ درصد و سایر دلایل ۶/۶ درصد نیز در این زمینه نقش-دارند؛ البته ارتباط مسائل اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی و همچنین تبلیغ زایمان سزارین در این مقوله دخیل‌اند (۷). در مطالعه‌ای مشخص شد که چهار عامل مهم از جمله اجتناب از درد زایمانی، خطرهای مادری و جنینی، مسائل اعتقادی و فرهنگی و تبلیغ زایمان سزارین در انتخاب نوع زایمان نقش داشتند (۸).

نتایج یک مطالعه حاکی از آن بود که بیش از ۷۰ درصد مادران باردار قصد زایمان طبیعی و حدود ۳۰ درصد آنان قصد سزارین داشتند و بیش از ۶۰ درصد زنان باردار، پزشک را به عنوان جزء اصلی هنجارهای انتزاعی انتخاب کرده بودند. بین قصد با آگاهی و نگرش این زنان رابطه وجود داشت. همچنین بین قصد و هنجارهای انتزاعی و انگیزه برای اطاعت در بین زنان باردار ارتباط معناداری وجود داشت (۹). در مطالعه دیگری با هدف تعیین نقش خودکارآمدی بر روی زنان باردار مراجعه کننده به کلینیک‌های مراقبت‌های بارداری، ارتباط معنی داری بین انتظار پیامد زایمان و خودکارآمدی فاز فعال لیبر و فاز دوم لیبر مشاهده و خودکارآمدی زایمان به عنوان عامل اساسی در رفتارمقابل با درد زایمان تایید شد (۱۰).

مروری بر مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که تحقیقات تاکنون بیشتر به بررسی میزان شیوع سزارین و نیز برخی عوامل مرتبط پرداخته‌اند و مطالعه‌ای اندک درباره عوامل روان‌شناختی و مبتنی بر نظریه صورت-گرفته‌است و به‌ویژه در شهر اهواز این‌گونه مطالعات در خصوص عوامل رفتاری سزارین انجام نشده‌است؛ بنابراین از آنجایی که قسمتی عمده از موارد سزارین را زنان باردار انتخاب می‌کنند؛ این پرسش مطرح است که «آیا برای تغییر قصد و رفتار آنها می‌توان از نظریه‌ها و مدل‌های آموزشی سلامت استفاده کرد؟» در این صورت، کدام سازه از این نظریه‌ها و مدل‌ها ارتباط و قابلیت تغییر بیشتری دارد؟ به همین دلیل لازم است، ابتدا ارتباط و توان پیش‌بینی سازه‌های مدل‌های مناسب را تعیین کرد. با توجه به اینکه مطالعات قبلی به دفعات به عامل ترس و نیز تأثیرهای اجتماعی اشاره کرده‌اند، به-نظرمی‌رسد که سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و مدل اعتقاد بهداشتی را می‌توان مبنایی برای تبیین عوامل پیش‌بینی‌کننده نحوه انتخاب نوع زایمان در زنان باردار قرار داد؛ اما پیش از هرگونه مداخله لازم است که در ابتدا با مطالعه مشاهده‌ای به این ارتباط را بررسی کرد.

ب- تعداد هشت مرکز بهداشتی درمانی (چهار مرکز در غرب و چهار مرکز در شرق اهواز) و ج- تعداد دوازده کلینیک خصوصی پزشکان متخصص زنان و زایمان به- طور تصادفی انتخاب شدند. از هر بخش، یک خوشه ۱۱۴ نفری به مطالعه وارد شدند. به دلیل دردسترس نبودن مقادیر مربوط به سازه‌های مورد مطالعه در سایر مطالعات احتمالی، نسبت مورد استفاده برای محاسبه حجم نمونه با استفاده از دو مطالعه به‌طور تقریبی مشابه (۹ و ۱۰) برابر با ۰/۳۰ در نظر گرفته شد که با $\alpha=0/05$ (با اطمینان ۹۵ درصد) و $d=0/07$ ، ۱۶۵ نفر به دست آمد؛ در نهایت به منظور تعیین ارتباط عوامل مورد بررسی با انتخاب هریک از انواع زایمان، دو گروه مساوی از زنان باردار (۱۷۱ نفر با قصد زایمان طبیعی و ۱۷۱ نفر با قصد زایمان سزارین)، یعنی در مجموع ۳۴۲ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. این افراد، زنان باردار نخست‌زا با سن بارداری بالای ۲۷ هفته (سه ماهه آخر بارداری) بودند که تا زمان مطالعه از نظر طبی هیچ‌گونه منعی برای زایمان طبیعی نداشتند؛ در این مطالعه، متغیر اصلی انتخاب نوع زایمان بود که رابطه سایر متغیرها با این متغیر سنجیده شد.

با استفاده از پرسش‌نامه‌های دو مطالعه مشابه (۹ و ۱۰) و نظر اعضای هیئت علمی باتجربه در این زمینه، پرسش‌نامه‌ای در دو بخش طراحی شد: بخش اول، اطلاعات جمعیت شناختی و متغیرهای مربوط به حاملگی فعلی از جمله سن حاملگی، سوابق سقط، نازایی و بیماری، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، پرسش‌هایی درباره نوع زایمان انتخابی و دلیل انتخاب آن را در برمی‌گرفت؛ در این بخش از خانم‌های باردار پرسیده شد در صورتی که هیچ محدودیتی برای انتخاب نوع زایمان نداشته باشند و همه شرایط برای هر دو روش زایمان فراهم باشد چه روشی را برای زایمان انتخاب می‌کنند و دلیل انتخاب ایشان چیست؛ بخش دوم، دارای ۴۹ پرسش پنج گزینه‌ای (با گزینه‌های به‌طور کامل موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، به‌طور کامل مخالفم) مربوط به سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بود که به ترتیب، شامل پنج پرسش از مزایای درک شده، نه پرسش از موانع درک شده، هشت پرسش از حساسیت درک شده، هشت پرسش از شدت درک شده، هفت پرسش از هنجارهای

بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی^۱، یک فرد، زمانی نسبت به پیام‌های پیشگیری از بیماری‌ها واکنشی خوب و مناسب نشان می‌دهد که درک کند: ۱- در معرض خطر قرار دارد (سازه حساسیت درک شده)؛ ۲- خطر تهدید-کننده بسیار جدی یا وخیم است (سازه شدت درک شده مدل)؛ ۳- تغییر رفتار برای او منفعی بسیار دارد (سازه منافع درک شده مدل)؛ ۴- موانع موجود در جهت انجام رفتارهای بهداشتی قابل برطرف کردن هستند (سازه موانع درک شده مدل)؛ ۵- توانمندی لازم را برای اتخاذ رفتار دارد (سازه خودکارآمدی مدل) و ۶- راهنمایی به-منظور سوق دادن فرد به سمت رفتار وجود دارد (سازه راهنمایی برای عمل مدل) (۲).

طبق نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده^۲ وقوع یک رفتار ویژه را می‌توان از طریق قصد انجام آن پیش‌بینی کرد. قصد انجام رفتار نیز خود توسط سه عامل پیش‌بینی می‌شود. اینکه فرد: ۱- دیدگاهی مثبت نسبت به نتیجه رفتار داشته باشد (نگرش)؛ ۲- احساس کند برای انجام دادن رفتار تحت فشارهای اجتماعی است (هنجارهای انتزاعی) و ۳- احساس کند رفتار، قابل اجرا و او قادر است آن را انجام دهد (کنترل رفتاری درک شده) (۱۱).

با توجه به توضیح‌های بالا و به دلیل اینکه در شهر اهواز مطالعه‌ای بر اساس این مدل و نظریه در زمینه عوامل مرتبط با زایمان سزارین صورت نگرفته است، این مطالعه به-منظور شناسایی عوامل مرتبط و پیش‌بینی‌کننده قصد انجام سزارین، طبق مدل اعتقاد بهداشتی و نظریه رفتار برنامه-ریزی شده، طراحی و اجرا شده است و نتایج آن به تعیین اهداف آموزشی بر مبنای مهم‌ترین این عوامل در جهت کاهش سزارین کمک خواهد کرد.

مواد و روش‌ها

در مطالعه‌ای مقطعی تحلیلی، ۳۴۲ نفر از زنان باردار شهر اهواز در پاییز ۱۳۸۹ بررسی شدند؛ این زنان به نسبت مساوی از سه بخش برحسب محل مراجعه شامل الف- دو کلینیک مراقبت‌های بارداری در دو بیمارستان (یک بیمارستان تأمین اجتماعی و یک بیمارستان دولتی)،

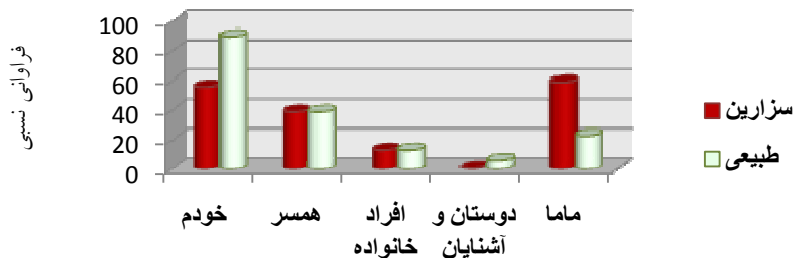
1- Health belief Model :HBM

2- Theory planned Behavior :TPB

پیشگیری از طولانی شدن پرسش نامه و نیز به دلیل شباهت زیاد پرسش‌ها، سایر سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده با سازه‌های HBM در این مطالعه سازه‌های نگرش و کنترل درک‌شده مورد سنجش قرار نگرفته‌است.

برای تعیین روایی پرسش‌نامه از نظرهای اعضای هیئت، کارشناس‌های مامایی و نیز زنان باردار استفاده و پایایی پرسش‌نامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد ($\alpha=0/87$). به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، نرم‌افزار آماری SPSS17 و آزمون‌های تی مستقل، کای دو و رگرسیون لجستیک به کار گرفته شد.

انتزاعی و دوازده پرسش از خودکارآمدی درک‌شده بود. قابل ذکر است که پرسش‌های مربوط به هر سازه به نفع انتخاب زایمان طبیعی امتیازبندی شده و کمترین امتیاز ۱ و بیشترین امتیاز ۵ در نظر گرفته شده بود. در رابطه با سازه راهنمایی برای عمل، پرسش‌هایی مطرح شد که دو نمونه از آنها عبارت‌اند از: بیشترین اطلاعات شما درباره روش‌های زایمان از چه منبعی گرفته شده‌است؟ و اگر قرار باشد در زمینه روش‌های زایمان به شما آموزش‌هایی ارائه شود کدام شیوه را ترجیح می‌دهید؟ همچنین پرسش‌هایی درباره آموزش کنترل ترس و منبع این آموزش و نیز رضایت یا عدم رضایت دوستان و نزدیکان از زایمان طبیعی و سبب آن پرسیده شد. برای



نمودار شماره ۱. توزیع فراوانی نسبی افرادی که نظرشان بر قصد زنان برای انتخاب نوع زایمان نقش دارد.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار نمره سازه‌های مورد مطالعه به تفکیک انتخاب نوع زایمان

| نتیجه آزمون t | سزارین | | طبیعی | | گروه |
|---------------|--------------|---------|--------------|---------|--|
| | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | |
| $P<0/001$ | 0/77 | 3/74 | 0/72 | 4/11 | مزایای درک‌شده (از زایمان طبیعی) |
| $P<0/001$ | 0/68 | 0/66 | 0/66 | 3/24 | موانع درک‌شده (از زایمان طبیعی) |
| $P<0/001$ | 0/57 | 2/78 | 0/52 | 3/24 | حساسیت درک‌شده (نسبت به بروز عوارض سزارین) |
| $P<0/001$ | 0/55 | 3/11 | 0/52 | 3/5 | شدت درک‌شده (نسبت به عوارض سزارین) |
| $P<0/001$ | 0/67 | 2/59 | 0/8 | 3/4 | نرم‌های ذهنی (نسبت به زایمان طبیعی) |
| $P<0/001$ | 0/69 | 2/99 | 0/63 | 3/6 | خودکارآمدی (نسبت به زایمان طبیعی) |

سابقه بیماری و نوع بیماری» رابطه‌ای معنادار مشاهده نشد ($P>0/05$)؛ برعکس، میان متغیر «انتخاب نوع زایمان» با متغیرهای «تعداد افراد خانوار، قومیت، درآمد خانوار، شغل زن، تحصیلات زن، و تحصیلات همسر» رابطه‌ای معنادار وجود داشت ($P<0/001$). از زنان درباره تأثیر افرادی مهم مانند همسر و افراد خانواده، دوستان، افراد باسواد، کارکنان مرکز بهداشت، ماما و پزشک، برای انتخاب نوع زایمان پرسیده شد. نتیجه قابل توجه

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین سنی زنان شرکت‌کننده $(4/07 \pm 23/95)$ ، با دامنه سنی ۱۵ تا ۴۱ سال و میانگین سنی همسرانشان $(3/9 \pm 28/12)$ بود. بین متغیر «انتخاب نوع زایمان» با متغیرهای «سن زن، سن همسر، شغل همسر، سن حاملگی، سابقه سقط، تعداد سقط، سابقه نازایی، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری،

این بود که تنها عامل غیر مؤثر بر انتخاب زنان، پزشک و کارکنان مرکز بهداشت بودند. نمودار ۱ نشان‌دهنده نقش نظر افراد مختلف بر قصد زنان برای انتخاب نوع زایمان است؛ همان‌گونه که مشاهده می‌شود، کسانی که زایمان طبیعی را انتخاب کرده‌اند، بیشتر تحت تأثیر نظر خودشان بوده‌اند و کسانی که سزارین را برگزیده‌اند، بیشتر تحت تأثیر ماما بوده‌اند؛ البته هیچ‌یک از این زنان، دلیل طبی برای انجام سزارین نداشتند.

جدول شماره ۲. توزیع فراوانی پاسخ‌های زنان به پرسش‌های سازه علائمی برای عمل

| سزارین | طبیعی | | درصد | تعداد | |
|---|-------|------|------|-------|-----|
| | تعداد | درصد | | | |
| یکی از دلایل زیر را به عنوان مهم‌ترین دلیل برای انتخاب روش زایمان خود مشخص فرمایید. | | | | | |
| ۶۰ | ۱۰۲ | ۱۱/۳ | ۱۹ | ۳۵/۸ | ۱۲۱ |
| ۰/۶ | ۱ | ۴/۲ | ۸ | ۲/۴ | ۸ |
| ۱۰ | ۱۷ | ۴۷ | ۷۹ | ۲۸/۴ | ۹۶ |
| ۲۷/۱ | ۴۶ | ۳۳/۹ | ۵۷ | ۳۰/۵ | ۱۰۳ |
| ۲/۳ | ۴ | ۳/۶ | ۶ | ۲/۹ | ۱۰ |
| آیا درباره روش‌های زایمان طبیعی مطلبی خوانده یا شنیده‌اید؟ | | | | | |
| ۸۳/۶ | ۱۴۳ | ۷۸/۴ | ۱۳۴ | ۸۱ | ۲۷۷ |
| ۱۶/۴ | ۲۸ | ۲۱/۶ | ۳۷ | ۱۹ | ۶۵ |
| بیشترین اطلاعات شما درباره روش‌های زایمان از چه منبعی گرفته شده است؟ | | | | | |
| ۲۹/۵ | ۵۱ | ۳۵/۷ | ۵۶ | ۳۲/۴ | ۱۰۷ |
| ۲۷/۲ | ۴۷ | ۲۲/۳ | ۳۵ | ۲۴/۹ | ۸۲ |
| ۲۲/۵ | ۳۹ | ۲۴/۲ | ۳۸ | ۲۳/۳ | ۷۷ |
| ۲۰/۸ | ۳۶ | ۱۷/۸ | ۲۸ | ۱۹/۴ | ۶۴ |
| آیا درباره آمادگی برای زایمان و کنترل ترس خود آموزش دیده‌اید؟ | | | | | |
| ۲۵/۱ | ۴۳ | ۲۸/۷ | ۴۹ | ۸۱ | ۲۷۷ |
| ۷۴/۹ | ۱۲۸ | ۷۱/۳ | ۱۲۲ | ۱۹ | ۶۵ |
| اگر پاسخ مثبت است، از چه منبعی؟ | | | | | |
| ۳۵/۶ | ۱۶ | ۲۵/۹ | ۱۴ | ۳۴/۴ | ۳۴ |
| ۲۶/۷ | ۱۲ | ۱۴/۸ | ۸ | ۲۴/۳ | ۲۴ |
| ۶/۷ | ۳ | ۱۳ | ۷ | ۱۳/۱ | ۱۳ |
| ۸/۹ | ۴ | ۱۳ | ۷ | ۱۱/۱ | ۱۱ |
| ۲/۲ | ۱ | ۱۸/۵ | ۱۰ | ۳ | ۳ |
| ۴/۴ | ۲ | ۱/۹ | ۱ | ۱ | ۱ |
| ۲/۲ | ۱ | ۱۱ | ۶ | ۱۲/۱ | ۱۲ |
| ۱۳/۳ | ۶ | ۱/۹ | ۱ | ۱ | ۱ |
| اگر قرار باشد در زمینه روش‌های زایمان به شما آموزش‌هایی ارائه شود کدام شیوه را ترجیح می‌دهید؟ | | | | | |
| ۱/۴ | ۷ | ۵/۳ | ۹ | ۴/۷ | ۱۶ |
| ۱۸/۸ | ۳۲ | ۲۶/۵ | ۴۵ | ۲۲/۶ | ۷۷ |
| ۱۲/۴ | ۲۱ | ۷/۱ | ۱۲ | ۹/۷ | ۳۳ |
| ۱۶/۵ | ۲۸ | ۱۳/۵ | ۲۳ | ۱۵ | ۵۱ |
| ۴۷/۶ | ۸۱ | ۴۷/۶ | ۸۱ | ۴۷/۶ | ۱۶۲ |
| ۰/۶ | ۱ | - | - | ۰/۳ | ۱ |
| دوست‌دارید چه کسی یا کسانی به شما درباره زایمان آموزش دهند؟ | | | | | |
| ۷۱/۹ | ۱۲۳ | ۵۳ | ۸۹ | ۶۲/۵ | ۲۱۲ |
| ۱۹/۳ | ۳۳ | ۳۳/۹ | ۵۷ | ۲۶/۶ | ۹۰ |
| ۲/۹ | ۵ | ۳ | ۵ | ۲/۹ | ۱۰ |
| ۱/۲ | ۲ | ۲/۴ | ۴ | ۱/۸ | ۶ |
| ۴/۷ | ۸ | ۷/۷ | ۱۳ | ۶/۲ | ۲۱ |

۲۳/۷ درصد از افراد با جمله «در صورتی که سزارین شوم احتمال چسبندگی احشاء داخل شکم در من افزایش می‌یابد»، موافق و ۱۳/۵ درصد آنها مخالف بودند. بیشتر زنان مورد مطالعه (۷۹ درصد) با جمله «در صورتی که سزارین کنم در مقایسه با زایمان طبیعی، دیرتر بهبود یافته و با تأخیر به فعالیت‌های معمول زندگی برمی‌گردم»، موافق بودند؛ با جمله «احتمال مرگ مادر در زایمان سزارین، خیلی کمتر از زایمان طبیعی است»، ۴۰ درصد مخالف بودند. درباره جمله «ماده بیهوشی در روش سزارین بر نوزاد من تأثیری بسیار نامطلوب دارد»، ۲۶/۶ درصد موافق، ۱۹ درصد مخالف و بیش از نیمی از زنان نظری نداشتند؛ شدت درک‌شده از زایمان طبیعی در این افراد، بسته به هر پرسش متفاوت بود.

نتیجه آزمون t در جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمره سازه‌های مورد مطالعه (شامل مزایای درک‌شده، موانع درک‌شده، حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، هنجارهای ذهنی و خودکارآمدی درک‌شده) در خانم‌هایی که قصد داشتند، طبیعی زایمان کنند، بیشتر از میانگین نمره این سازه‌ها در زنان خواستار سزارین بود و این اختلاف از نظر آماری، معنی‌دار بوده است ($P < 0/001$).

از کل زنان مورد مطالعه ۷۸ درصد موافق بودند که با انجام زایمان طبیعی، احتمال درد پس از زایمان در آنها کاهش می‌یابد و همچنین ۸۰/۷ درصد از آنان با این موضوع موافق بودند که در زایمان طبیعی، مدت بستری کمتر از سزارین است.

در پاسخ به این پرسش که «آیا در زایمان به روش سزارین هیچ خطری مرا تهدید نمی‌کند؟»، ۲۳/۴ درصد افراد موافق، ۲۷/۷ درصد مخالف و بقیه نظری نداشتند.

جدول شماره ۳. ارتباط میان سازه‌های مورد مطالعه و انتخاب نوع زایمان

| حدود اطمینان | | نسبت شاناس (OR) | sig | آماره والد | df | خطای معیار | ضریب بتا | متغیرها | |
|--------------|---------|-----------------|-------|------------|----|------------|-----------|----------------|----------|
| پایین | بالا | | | | | | | نمره متوسط | نمره خوب |
| | | | ۰/۴۷۲ | ۱/۵۰۳ | ۲ | | گروه مبنا | | |
| ۰/۱۰۱ | ۱۴/۰۳۱ | ۱/۱۹۱ | ۰/۸۸۹ | ۰/۰۱۹ | ۱ | ۱/۲۵۸ | ۰/۱۷۵ | مزایای درک‌شده | |
| ۰/۷۶۱ | ۳/۲۶۸ | ۱/۵۷۷ | ۰/۲۲۱ | ۱/۵۰۰ | ۱ | ۰/۳۷۲ | ۰/۴۵۵ | نمره خوب | |
| | | | ۰/۰۰۰ | ۲۱/۰۱۸ | ۲ | | گروه مبنا | | |
| ۳/۸۶۵ | ۴۳/۱۰۸ | ۱۲/۹۰۸ | ۰/۰۰۰ | ۱۷/۲۸۳ | ۱ | ۰/۶۱۵ | ۲/۵۵۸ | موانع درک‌شده | |
| ۱/۱۳۱ | ۱۰/۰۴۵ | ۳/۲۷۱ | ۰/۰۲۹ | ۴/۷۵۹ | ۱ | ۰/۵۵۷ | ۱/۲۱۵ | نمره خوب | |
| | | | ۰/۱۹۱ | ۳/۳۰۹ | ۲ | | گروه مبنا | | |
| ۰/۶۲۴ | ۱۱/۳۶۸ | ۲/۶۶۴ | ۰/۱۸۶ | ۱/۷۵۲ | ۱ | ۰/۷۴۰ | ۰/۹۸۰ | حساسیت درک‌شده | |
| ۰/۳۵۷ | ۲/۴۸۰ | ۰/۹۴۱ | ۰/۹۰۳ | ۰/۰۱۵ | ۱ | ۰/۴۹۴ | -۰/۰۶۱ | نمره خوب | |
| | | | ۰/۱۷۳ | ۳/۵۰۹ | ۲ | | گروه مبنا | | |
| ۰/۲۸۹ | ۱۰۹/۷۶۱ | ۵/۶۳۶ | ۰/۲۵۴ | ۱/۳۰۳ | ۱ | ۱/۵۱۵ | ۱/۷۲۹ | شدت درک‌شده | |
| ۰/۸۹۶ | ۳/۴۹۷ | ۱/۷۷۰ | ۰/۱۰۰ | ۲/۷۰۴ | ۱ | ۰/۳۴۷ | ۰/۵۷۱ | نمره خوب | |
| | | | ۰/۰۰۰ | ۳۲/۹۲۶ | ۲ | | گروه مبنا | | |
| ۶/۳۳۰ | ۴۳/۷۱۱ | ۱۶/۶۳۴ | ۰/۰۰۰ | ۳۲/۵۳۰ | ۱ | ۰/۴۹۳ | ۲/۸۱۱ | نرم‌های ذهنی | |
| ۲/۳۷۴ | ۱۱/۶۰۴ | ۵/۲۴۸ | ۰/۰۰۰ | ۱۶/۷۷۰ | ۱ | ۰/۴۰۵ | ۱/۶۵۸ | نمره خوب | |
| | | | ۰/۰۰۰ | ۱۷/۱۸۸ | ۲ | | گروه مبنا | | |
| ۴/۳۰۴ | ۱۱۷/۹۶۱ | ۲۲/۵۳۳ | ۰/۰۰۰ | ۱۳/۶۰۲ | ۱ | ۰/۸۴۵ | ۳/۱۱۵ | خودکارآمدی | |
| ۱/۳۱۰ | ۴/۹۶۲ | ۲/۵۴۹ | ۰/۰۰۶ | ۷/۵۸۱ | ۱ | ۰/۳۴۰ | ۰/۹۳۶ | نمره خوب | |
| | | | ۰/۰۱۴ | ۳۸/۱۵۰ | ۱ | ۰/۶۸۶ | -۴/۲۴۰ | Constant | |

مورد مطالعه با چند پرسش مطابق جدول شماره ۲ مطرح شد؛ طبق این جدول در پاسخ به این پرسش که

سازه‌ای دیگر با عنوان راهنمایی برای عمل در مدل اعتقاد بهداشتی وجود دارد که این سازه در میان زنان

«آیا طی سال گذشته، در بین دوستان و نزدیکان شما کسی زایمان طبیعی داشته‌است یا خیر؟»، ۲۸۸ نفر پاسخ بلی (۸۴.۵ درصد) دادند که از این تعداد ۲۴۴ نفر از آشنایان زن باردار (۸۳ درصد) از نوع زایمانشان راضی و ۵۰ نفر (۱۷ درصد) ناراضی بودند ($P < 0/001$)؛ دلیل عدم رضایت ۲۸ نفر (۵۶ درصد) از این افراد، درد زیاد زایمان طبیعی بود؛ ۶ نفر (۱۲ درصد) از این افراد به علت افتادگی رحم و پاره‌شدن ناف از نوع زایمان خود ناراضی بودند. عدم رسیدگی و مراقبت مناسب به زن باردار، ۷ نفر (۱۴ درصد)، بخیه و بد شکلی آلت تناسلی، ۵ نفر (۱۰ درصد)، عفونت ۳ نفر (۶ درصد) و احتمال کندذهنی بچه ۱ نفر (۲ درصد) نیز عامل عدم رضایت سایر زنان را تشکیل می‌داد.

نتایج آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که سازه‌های خودکارآمدی ($P < 0/001$)، هنجارهای ذهنی ($P < 0/001$) و موانع درک‌شده ($P < 0/001$) با انتخاب نوع زایمان رابطه‌ای معنادار دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر هنجارهای ذهنی، مهم‌ترین عامل در انتخاب نوع زایمان بود. در افراد با نمره هنجارهای ذهنی بالا احتمال انتخاب زایمان طبیعی بیش از پنج برابر کسانی است که نمره پایینی کسب کرده‌اند؛ بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که کارکنان بهداشت و درمان نقشی بسزا را در شکل‌گیری این هنجارهای ذهنی داشته‌باشند؛ اما طبق نظر مادران مورد مطالعه، این افراد در تصمیم‌گیری آنان در انتخاب زایمان طبیعی، چندان نقشی نداشته‌اند؛ البته در این مطالعه، کسانی که به دلایل طبی و تشخیص پزشک تصمیم‌داشته، سزارین‌کنند، در مطالعه شرکت داده‌نشده‌اند. برخی محققان معتقدند که طولانی‌تر بودن زایمان طبیعی و انگیزه شخصی پزشکان از علل مهم تمایل زنان به سزارین است (۱۲ و ۱۳).

اجتماعی و الگوهای فرهنگی در گروه‌های مختلف جامعه در انتخاب نوع زایمان تأثیر دارد. برای نمونه، مردم تایوان بر این باورند که تاریخ، روز یا ساعتی که نوزاد در آن متولد می‌شود بر سرنوشت او تأثیر دارد و حتی در تضمین ایمنی مادران مؤثر است (۱۴). وجود این‌گونه اعتقادات در گرایش مادران به سزارین می‌تواند مؤثر باشد. هوانگ و همکاران دریافته‌اند که امکان انتخاب زمان مناسب زایمان، امکان برنامه‌ریزی برای وقت زایمان، ترس از نداشتن آشنا یا دوست در هنگام زایمان طبیعی، ترس از اختلال در عملکرد جنسی پس از زایمان طبیعی، پوشش بیمه درمانی به‌منظور تأمین هزینه‌های زایمان سزارین از جمله علل گرایش به سزارین انتخابی هستند؛ البته آنها در نتیجه مطالعه خود اذعان کردند که هرچند مشارکت زنان در روند تصمیم‌گیری مهم است اما تصمیم‌گیرنده نهایی، پزشک است، دلایلی مانند تأثیر پوشش بیمه، اولویت‌دادن عمل جراحی و زمان‌بندی فشرده کار می‌تواند پزشکان را به سمت عمل سزارین سوق دهد (۱۴)؛ همچنین در ایران نیز برخی پژوهشگران از جمله شریفی‌راد و همکاران در گزارش تحقیقات خود نظر پزشک را در انتخاب سزارین به‌عنوان روش زایمان دخیل می‌دانند (۹). فرجی تأثیر پزشک را در انتخاب نوع زایمان ۷۰ درصد گزارش کرده‌است. براساس نتایج حاصل از مطالعه شریفی‌راد، تأثیر پزشک در انتخاب نوع زایمان ۵۵ درصد، همسر ۱۳ درصد و مادر نیز ۱۲/۷ درصد بوده‌است (۹). بر اساس نتایج مطالعه محمدی تبار، گروه پزشکی (۶۷/۴ درصد) بیشترین نقش را در انتخاب نوع زایمان به خود اختصاص داده‌اند و سهم خانواده و اطرافیان ۳۳/۶ درصد بوده‌است (۳). کم‌رنگ‌تر شدن نقش خانواده و اطرافیان در حمایت درک‌شده توسط زنان باردار، گرایش آنها به روش سزارین را سبب می‌شود. چراکه به‌نظر می‌رسد آنها در این صورت قادر خواهند بود برای زمان زایمان خود

برنامه‌ریزی کنند و اطرافیان را مطلع و از حمایت آنها بهره‌مند شوند؛ از طرفی تمایل پزشکان می‌تواند در تقویت این تصمیم مؤثر باشد. زایمان در گذشته، پدیده‌ای اجتماعی محسوب می‌شد نه یک حادثه پزشکی! و زن در زمان زایمان از طرف آشنایان و دوستان خود مورد حمایت و تسکین و درمان قرار می‌گرفت؛ اما امروزه حمایت همسر و خانواده نسبت به اقدام‌های پزشکی کمتر اهمیت دارد (۱۵).

مروری بر مطالعات انجام‌شده براساس مدل اعتقاد بهداشتی نشان می‌دهد که سازه موانع درک‌شده، مهم‌ترین عامل در انجام زایمان طبیعی است (۲، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹)؛ ولی در مطالعات انجام‌شده مطابق با مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده، تأثیر هنجارهای ذهنی، در سطح سایر سازه‌ها یا کمتر از آنها بوده است (۹، ۱۱، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۳)؛ این در حالی است که در مطالعه حاضر، هنجارهای ذهنی مهم‌ترین عوامل در انتخاب نوع زایمان هستند؛ البته با توجه به اینکه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده به صورت ادغام‌یافته استفاده شد، این اختلاف می‌تواند به دلیل متفاوت بودن سازه‌های مورد استفاده باشد؛ در واقع در برخی مطالعات پیشین هنجارهای ذهنی، بخشی از موانع درک‌شده محسوب شده‌اند؛ در اینجا لازم است اشاره شود که هنجارهای ذهنی تحت تأثیر دو عامل یعنی «اعتقادهای هنجاری» و «انگیزه پیروی» است، درحالی‌که در موانع درک‌شده تنها می‌توان اعتقادهای هنجاری را که مانع از اتخاذ رفتارند، گنجانید. با توجه به اینکه سازه هنجارهای ذهنی در مطالعه حاضر به‌عنوان مهم‌ترین سازه در انتخاب نوع زایمان شناخته شد، توصیه می‌شود، سازه‌ای با عنوان «انگیزه پیروی» به مدل اعتقاد بهداشتی اضافه شود.

در این مطالعه، ترس از درد زایمان تأثیرگذارترین مانع درک‌شده در جهت انتخاب نوع زایمان بود. مطالعه پوتر و

همکاران در برزیل از آن حاکی بود که یکی از دلایل انتخاب سزارین، ترس از زایمان واژینال بوده است (۲۴). در این مطالعه، بعد از هنجارهای ذهنی و موانع درک‌شده، خودکارآمدی نیز یک عامل مرتبط با انتخاب نوع زایمان است. زنانی که خودکارآمدی بالاتری داشتند احتمال انتخاب زایمان طبیعی در آنها ۲/۵ برابر کسانی بود که خودکارآمدی پایینی داشتند. نتایج مطالعه خورسندی و همکاران (۱۰) و نیز ryding تلفظ فارسی (۲۵) با مطالعه حاضر هم‌سو است.

بیشتر زنان تحت مطالعه (۷۸ درصد) قبول داشتند که با انجام زایمان طبیعی، احتمال درد پس از زایمان در آنها کاهش می‌یابد؛ همچنین (۷/۸۰ درصد) از این زنان موافق بودند که مدت بستری پس از سزارین، بیشتر از زایمان طبیعی خواهد بود. این یافته‌ها نشان‌دهنده بالا بودن منافع درک‌شده در این زنان است؛ در مطالعه /رجمندی نیز ۲/۷۱ درصد از زنان درباره لزوم بستری شدن مادر بعد از سزارین آگاهی داشتند (۲۶).

همچنین بیشتر افراد، پرسش‌های مربوط به حساسیت درک‌شده را با گزینه «نظری ندارم»، پاسخ‌داده بودند. نتایج فوق ممکن است به دلیل بالانبودن حساسیت درک‌شده در این زنان باشد. /رجمندی در نتیجه مطالعه خود گزارش کرد که ۵/۶۷ درصد زنان از عفونت پس از سزارین و ۵/۵۴ درصد از وجود دردهای پس از سزارین آگاهی به نسبت بالایی داشتند ولی تنها ۶/۲۷ درصد آنان از وجود عوارضی مانند چسبندگی احشاء داخل شکم مطلع بودند (۲۶).

یافته دیگر مطالعه از آن حاکی بود که تنها حدود یک‌چهارم زنان با احتمال تأثیر نامطلوب ماده بیهوشی بر نوزاد در روش سزارین موافق بودند و بقیه یا مخالف بودند یا نظری نداشتند؛ این مسئله ممکن است به دلیل آگاهی ناکافی آنها باشد چراکه در مطالعه /رجمندی، تنها ۶/۲۸ درصد از زنان نسبت به تأثیر بد ماده بیهوشی

کردن آنها برپایه یافته‌های علمی است. با استفاده از نظریه‌ها و مدل‌های آموزش بهداشت، علاوه بر تشخیص رفتارها و عوامل تأثیرگذار بر آن، می‌توان براساس نیازهای تشخیص داده شده مداخلاتی را طراحی کرد تا از این طریق بر تصمیم زنان برای انتخاب روش مناسب زایمان تأثیری مثبت گذاشته شود (۱۰، ۱۵، ۲۸، ۲۹ و ۳۰): چراکه هرگاه آموزش براساس عوامل واقعی رفتار نبوده، نتوانسته است زنان باردار (بدون علت طبی) را به زایمان طبیعی تشویق کند (۳۱ و ۳۲).

در این مطالعه با تلفیق دو مدل سعی شد بر شناسایی عوامل مرتبط با گرایش به سزارین انتخابی صورت گرفت. با توجه به نتایج به دست آمده، ارائه آموزش به همسران و مادران زنان باردار در کلاس‌های حضوری توصیه می‌شود تا از طریق تأثیر بر هنجارهای ذهنی، قصد رفتاری آنها به سمت انتخاب صحیح سوق داده شود. آموزش مادران باردار نیز بهتر است در جهت افزایش درک زنان نسبت به شدت و حساسیت درک شده از زایمان باشد؛ همچنین راهکارهای مناسب در افزایش باور زنان نسبت به توانایی در انجام زایمان طبیعی و مقابله با درد زایمان، باید در آموزش‌های دوران بارداری مورد توجه قرارگیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره 89s.106 در کمیته تحقیقات دانشجویی و با اعتبار معاونت فناوری و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز است. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از سرکار خانم ناهید اسکندری، سرکار خانم زهرا رییس‌پور، سرکار خانم سارا قاسمیان، سرکار خانم زینب کریمی‌نژاد و سرکار خانم نسیم نریمانی که ما را در انجام این تحقیق یاری فرمودند تشکر و قدردانی کنند.

بر نوزاد آگاهی داشتند (۲۶). با توجه به اینکه در مطالعه حاضر از مهم‌ترین علل انتخاب نوع زایمان پس از عامل «درد (۳۵/۸ درصد)»، سلامتی نوزاد (۳۰/۵ درصد) و سلامتی مادر (۲۸/۴ درصد) بود و همچنین پژوهشگرانی دیگر مانند رایدینگ نیز به نوعی گزارش کرده‌اند که ۸۵ درصد زنان از ترس درد زایمان و صدمه به جنین و ۱۵ درصد از ترس پارگی واژن، زایمان سزارین را انتخاب می‌کنند (۲۷)، لازم است با آموزش‌های صحیح، درکی درست از این عوامل داشته باشند. در این مطالعه صورت گرفته در شهر اهواز، گروه پزشکی، فقط در ۱۹/۳ درصد موارد، منبع کسب اطلاعات در این زنان هستند که در مقایسه با مطالعه شریفی‌راد (۵۵ درصد) بسیار کمتر است و به نظر می‌رسد نقش گروه پزشکی در این زمینه کم‌رنگ بوده، به منظور شناسایی علت این موضوع بررسی‌های بیشتری نیاز است (۹).

بنابر توضیح‌های فوق و با توجه به بالابودن میزان سزارین در شهر اهواز که در حدود ۲۹ درصد گزارش شده است (۴ و ۵) و از آنجایی که زنان با سابقه سزارین قبلی در بیشتر موارد دوباره تحت عمل سزارین قرار می‌گیرند (۱)، بهترین راه کاهش سزارین، کاهش موارد اولیه آن است، بنابراین خانم‌هایی که نخست‌زا هستند باید به سمت زایمان طبیعی سوق داده شوند؛ به همین دلیل توصیه می‌شود که زوجین و خانواده‌ها را در فرصت‌های مناسب به‌ویژه در هنگام مشاوره پیش از ازدواج یا هنگام ارائه خدمات بهداشت باروری در مراکز دولتی و خصوصی با این موضوع آشنا کرد تا نسبت به روش‌های زایمان، خطرها و عوارض احتمالی روش سزارین و همچنین مزایا و موانع روش طبیعی درکی صحیح داشته باشند. آموزش بهداشت، یکی از علوم بهداشتی است که موضوع آن بررسی و تجزیه و تحلیل آگاهی‌ها، گرایش‌ها، رفتارهای بهداشتی و طرح-ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی در زمینه دگرگون-

منابع

1. Beygi A.A.F, Tabatabaei S.H.R, Mohammad Salehi N, Yazdani M. Factors influencing cesarean delivery method in Shiraz hospitals. *Iranian Journal of Nursing (IJN)* 2009;21(56):37-45. In Persian
2. Rahimi Kian F, Mirmohamad Aliei M, Mehran A, Abouzari Gazafroudi K, Salmani Barough N. Effect of education designed based on health belief model on choosing delivery mode. *Hayat* 2008-2009;14(3-4):25-32. In Persian
3. Mohammaditabar SH, Kiani Asiabar A, Heydari M. The survey on tendencies of primiparous women for selecting the mode of delivery. *Journal of Babol University of Medical Sciences (JBUMS)* 2009;11(50):54-59. In Persian
4. Karami K, Najafian M, Shahri P, Feyzi S, Nourifard Z. Comparison of frequency vaginal and cesarean deliveries. *Iranian Journal of Public Health* 2009;38(4):97-102. In Persian.
5. Zamani- Alavijeh F, Kariminejad Z. The survey of relationship between mode of delivery and IQ in first grade high school students in Ahvaz 2010. Study report in Ahvaz Joundishapur University of Medical Sciences Ahvaz 2011;3-4. In Persian
6. Khani S, Shaaban khani, Can the cesarean rate be reduced in Mazandaran?. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2005;15(45):43-50. In Persian.
7. 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. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences and Health Services* 2006;5(3): 161-168. In Persian
8. Lee LY, Holroyd E, Ngyuen CY. Exploring factors influencing chinese women's decision to have elective cesarean surgery. *Midwifery* 2001;17(4):314-22.
9. Sharifirad G.H.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-1385. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2007;15(1):19-23. In Persian
10. Khorsandi M, Ghofranipour F, Heydarnia A.R, Faghihzadeh S, Vafaei M, Rosta F., Amin shokravi F. The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women. *Arak Medical University Journal (AMUJ)* 2008;1(44):29-36. In Persian
11. Mazloumi Mahmoudabad S.S, Mehri A, Morovati Sharifabad M.A, Falahzadeh H. Application of extended model of planned behavior in predicting helmet wearing among motorcyclist clerks in Yazd (2006). *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2008;14(33):33-40. In Persian
12. Rayan K, schnatz P, green J, curt S. Change in cesarean rate as a reflection of the present malpractice crisis. *Conn med.* 2005;69(3):139-41.
13. Spetz J, Smith MW, Ennis SF. Physician Incentives and the timing of cesarean section evidence from California. *Med Care* 2001;39(6):41-139.
14. Liu CN, Yang MC. Rethinking women choice of cesarean delivery. *Am J Public Health* 2003;93(7):1036-1037.
15. Akbarzadeh K, Amidi M. The effects of health education on pregnant woman's knowledge and attitude on cesarean section. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2005;13(4):17-25. In Persian
16. Zamani-Alavijeh F, Noughjah S, Kheiriyat M, Haghighizadeh M.H. Related factors of unwanted pregnancy and intention of women for continuation or termination based on health belief model. Study report in Ahvaz Joundishapur University of Medical Science 2011;3-5 In Persian
17. Marashi T, Fatalizadeh R. The effect of education based on HBM on preventive factors of HIV/ADIS among health volunteers in Shoshtar city 1389. Study report in Ahvaz Joundishapur University of Medical Sciences 2011;4-6. In Persian.
18. Mazloumi Mahmoudabad S.S, RouhaniTonekaboni N. Survey of some related factors to oral health in high school female students in Yazd. *Journal of Birjand University of Medical Sciences.* 2008;15(36):40-47. In Persian.
19. Yakhforousha A, Solhi M, Ebadifard Azar F. Effects of education via health belief model on knowledge and attitude of voluntary health workers regarding pap smear in urban centers of Qazvin. *Faculty of Nursing of Midwifery Quarterly* 2009;18(63):25-30. In Persian.
20. Tavakol KH, Azimi S, Sharifirad G.H.R, Hosseini Abas. Attitude change toward child abuse after educating behavioral intention model to mothers referred to falavarjan health homes in 2007-2008. *Journal of Research in Behavioral Sciences* 2008;6(11):37-4. In Persian.
21. Mahamed F, Karimzadeh Shirazi K, Pourmahmoudi A.A, Mousavi A.M. The effects of education on preventive behaviors toward osteoporosis based on behavioral intention model (BIM) on female students. *Armaghan Danesh* 2009;14(54):117-125. In Persian
22. Hatefnia E, Niknami SH, Mahmoudi M, Lamielian M. The effects of "theory of planned behavior" based education on the promotion of mammography performance in employed women. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2010;17(42):50-58. In Persian
23. Tavousi M, Heydarnia A, Montazeri A, Taremian F, Akbari H, Haeri A.A. Distinction between two control constructs: an application of the theory of planned behavior for substance abuse avoidance in adolescents. *Ofogh-E-Danesh* 2009;15(3):36-44. In Persian
24. Potter JE, Berquo E, Perpetuo IH. Unwanted cesarean sections among public and private patients in Brazil: Prospective study. *BMJ* 2001;323(7322):1155.
25. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of child birth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77(5):542-47.
26. Arjmandi Rafsanjani B, Farzin Moghadam S, Assessment of the level of the pregnant women's knowledge towards the Advantages and disadvantages of normal vaginal delivery and Cesarean Section. Tehran (2005). *Journal of Iran University of Medical Sciences* 2007;14(55):13-22. In Persian.
27. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal. *Acta obstet Gynecol scand* 1993;72(4):280-5.
28. Fathian Z, Sharifirad G.H.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. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences (Tabib-e-Shargh)* 2007;9(2):123-131. In Persian
29. Lashgari M.H, Delavari S, Markazi Moghadam N, Gorouhi F. Effect of education on choosing delivery mode in pregnant women: A blind randomized clinical trial study. *Journal of Iran Islamic republic Army University of Medical Sciences* 2005;3(4)12:679-684. In Persian
30. Amirali akbary S, Bahrami N. Tork zahrani Sh, Alavi majd H. knowledge and attitude of women about the kind of delivery in dezful health centers. *Journal nursing and midwifery* 2009;63:20-24. In Persian
31. Kjærgaard H, Wijma K, Dykes A.K, Alehagen S. Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *J Reproductive and infant psychol.* 2008;26(4):340-50.
32. Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives, counselling of pregnant women in fear of child birth. *Acta obstet Gynecol Scand* 2003;82(1):10-17.

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
Seventeenth Year,
No.96
December, January
2011-2012*

Received: 7/10/2011

Last revised: 11/1/2012

Accepted: 30/1/2012

Identification of factors related to elective cesarean labor: a theory-based study

Fereshteh Zamani-Alavijeh¹, Parvin Shahry², Maryam Kalhory³, Mohammad Hossein Haghhighizadeh⁴, Gholam Reza Sharifirad⁵, Mahboobeh Khorsandi⁶

1. Assistant Professor, Department of Public Health, Faculty of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz Iran
2. Lecturer, Department of Public Health, Faculty of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz Iran.
3. Student, Department of Public Health, Faculty of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz Iran.
4. Lecturer, Department of Biostatistic and Epidemiology, Faculty of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz Iran.
5. Professor, Department of Health Education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
6. Assistant Professor, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

E-mail: f_zamani @ajums.ac.ir

Abstract

Background and Objective: The rate of cesarean section is higher than standard of WHO (15%) in Iran. This theory-based study was carried out to identify factors related to elective cesarean labor amongst pregnant women.

Materials and Methods: A cross-sectional study was done and 342 mothers referred to public maternal health care centers and private clinics were randomly selected in Ahvaz in 2010. Data gathering was done using a structured based Health belief model and theory-planned behavior questionnaire. Data were analyzed using SPSS through logistic regression, chi-square and independent t tests.

Results: Mean age of women was 23.95±4.07 years. There was a significant correlation among income, ethnicity, job and education with choosing delivery mode. The results of t test showed that tendency to the mode of delivery was significantly related to perceived benefits, perceived barriers, perceived severity, perceived susceptibility, subjective norms and self efficacy (p<0.001). Using multivariate regression, three constructs including perceived barriers, subjective norms and self efficacy were significantly related to elective cesarean section (p<0.001).

Conclusion: Promoting self-efficacy to overcome barriers such as pain can encourage pregnant women to select vaginal delivery. However, important factor is subjective norms that are influenced by husbands and mothers. In this regard, researchers suggest applying subjective norms in other theory-based studies.

Key words: Cesarean section, Health belief model, Theory of planned behavior