

## بررسی تاثیر آموزش بر آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی بر اساس مدل قصد رفتاری در شهرستان خمینی شهر، سال ۱۳۸۵

زهره فتحیان\*، دکتر غلامرضا شریفی راد\*\*، اکبر حسن زاده\*، زهرا فتحیان\*

\* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، شبکه بهداشت و درمان شهرستان خمینی شهر  
\*\* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، دانشکده بهداشت، گروه خدمات بهداشتی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۲/۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۵/۱۱

### چکیده

**مقدمه:** امروزه آمار سزارین در بیشتر کشورهای دنیا از جمله ایران بسیار بالا و در حال افزایش است و این در حالی است که سزارین از جمله اعمال جراحی بزرگ محسوب شده و مانند سایر اعمال جراحی بزرگ گاهی با عوارض بسیار خطرناک و کشنده همراه است. طی سالهای اخیر در اکثر کشورهای پیشرفته با استفاده از آموزش و سایر مداخلات سعی در کاهش میزان سزارین شده، امادگوشور ما تلاش چندانی در این مورد انجام نشده است. هدف از انجام این مطالعه بررسی تاثیر آموزش با استفاده از مدل قصد رفتاری بر کاهش میزان سزارین در بین زنان باردار می باشد.

**مواد و روش کار:** مطالعه حاضر یک مداخله تجربی است که جهت انجام آن ۱۴۰ زن باردار شکم اول سه ماهه آخر بارداری در زمستان ۱۳۸۵ در شهرستان خمینی شهر بصورت تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه شاهد و مورد تقسیم شدند. پس از انجام پیش آزمون با استفاده از پرسشنامه در هر دو گروه و در گروه آزمون، آموزش اختصاصی بر اساس مدل قصد رفتاری انجام گردید. پس از انجام آموزشها پس آزمون از هر دو گروه انجام شد و نتایج و عملکرد با استفاده از آزمونهای T، T-paried، مستقل و chi-square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج حاصله از این مطالعه تفاوت معنی داری را در زمینه آگاهی، ارزیابی از نتایج، نگرش و قصد بعد از مداخله بین گروه شاهد و مورد نشان داد ( $p < /0.01$ ) و همچنین آزمون کای اسکور تفاوت معنی داری را بین دو گروه از نظر عملکرد نشان داد ( $P = /0.02$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به یافته های پژوهش چنین استنباط می شود که مداخله حاضر در افزایش میزان آگاهی، ارزیابی از نتایج، نگرش، تقویت قصد زنان باردار و عملکرد آنان موثر بوده است. بنابراین پیشنهاد می شود از این الگو و سایر آموزش های سیستماتیک در زنان باردار جهت کاهش میزان سزارین استفاده گردد. (مجله طبیب شرق، سال نهم، شماره ۲، تابستان ۸۶، ص ۱۲۳ تا ۱۳۱)

**کلید واژه ها:** مدل قصد رفتاری، نوع زایمان، نگرش، قصد، عملکرد

### مقدمه

جنین، طولانی شدن زمان زایمان، بروز خونریزی شدید، مسمومیت های شدید حاملگی، پارگی کیسه آب، عدم شروع دردهای زایمان و هرگونه اختلال در پیشرفت طبیعی زایمان است. کلیه موارد فوق ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد زایمان را تشکیل می دهند و حدود ۹۰-۸۵ درصد زایمانها می توانند بدون انجام هیچگونه مداخله درمانی و بصورت طبیعی انجام گیرند. (۲) ولی

سزارین به معنای خروج جنین از محل برش جدار شکم و جدار رحم می باشد و در موارد منع زایمان طبیعی این عمل انجام می گیرد تا سلامت مادر و نوزاد تامین گردد. (۱) شرایطی که مانع زایمان طبیعی است و سزارین صورت می گیرد شامل: تنگی لگن مادر یا بزرگی بیش از حد جنین (مادران دیابتی)، موقعیت غیر طبیعی جنین در رحم، کاهش یا تغییر در ضربان قلب

متاسفانه آمار سزارین امروزه در اکثر کشورهای دنیا بسیار بالاتر از این است به طوری که در اکثر کشورهای غربی، از جمله آمریکا تا سال ۱۹۸۸ آمار سزارین به ۲۵ درصد و پس از آن تا سال ۲۰۰۰ این رقم به ۲۱ درصد رسیده بود. آمار سزارین در کشورهای در حال توسعه بسیار بالاتر از این است به طوریکه در کشور ما تا سال ۱۳۸۴، آمار سزارین در کل کشور به ۴۲/۳ درصد و در استان اصفهان به ۵۸/۲ درصد رسیده است.<sup>(۳)</sup>

عوارض متعاقب سزارین بسیار بیشتر از زایمان طبیعی است، بعضی از این عوارض عبارتند از: عفونت رحمی، تب، عفونت شدید زخم و مرگ سلولی جدار شکم متعاقب سزارین، عفونت شکمی، خونریزی، عوارض بیهوشی، آسیب دستگاه ادراری در جریان سزارین، تشکیل لخته خون در پاها، افزایش مرگ و میر مادران و هزینه بالاتر از زایمان طبیعی.<sup>(۴-۹)</sup>

امروزه در اکثر کشورهای پیشرفته دنیا با اعمال سیاست‌های جدید سلامت مادر و کودک و با انجام بسیاری از اقدامات مداخله‌ای سعی در کاهش میزان سزارین شده است. به طور مثال در سال ۱۹۹۰ طی یک استراتژی موفق در زمینه نفوذ در پزشکان و تغییر در انگیزه‌های آنان برای انجام سزارین موفق به کاهش چشمگیری در میزان سزارین شدند<sup>(۱۰)</sup>. طی تحقیقی در آمریکا میزان شیوع سزارین از ۱۳/۵ درصد به ۶/۵ درصد، سزارین شکم اول از ۹/۵ درصد به ۴ درصد، سزارین تکراری از ۴ درصد به ۲/۵ درصد و سزارین به علت دیسترس جنین از ۲/۷ درصد به ۶۳٪ درصد کاهش یافته است.<sup>(۱۱)</sup>

در کشور ما نیز بر اساس تحقیقی از توسلی با آموزش دادن به مادران و ایجاد آمادگی روحی و روانی در مادران برای انجام زایمان طبیعی، موفق به کاهش سزارین به میزان ۱۵ درصد شدند<sup>(۱۲)</sup>. آمار و ارقام بالای سزارین در کشور، فاصله ما با شعار سازمان بهداشت جهانی (انجام سزارین به میزان ۱۵ درصد تا سال ۲۰۱۰) و تاثیر انجام مداخلات در کاهش میزان سزارین، نشان دهنده لزوم انجام مداخلات جدی تر در این زمینه می باشد. بطور تجربی ثابت شده چنانچه ارائه خدمات بهداشتی و

درمانی به اندازه کافی بوسیله آموزش بهداشت پشتیبانی نشود سودمند نخواهد بود. آموزش بهداشت سبب ارتقاء آگاهی‌های مادر طی دوران بارداری می‌شود تا با آگاهی کامل روش مناسبی را برای زایمان خود انتخاب کرده و بدون علل بالینی سزارین را انتخاب نکند. در آموزش بهداشت هر چقدر پشتوانه تئوریک مناسب به همراه نیازهای اساسی بهداشتی وجود داشته باشد اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت بیشتر خواهد بود و در این

زمینه استفاده از تئوری‌های آموزشی متناسب با جامعه مورد مطالعه و نتایج مورد انتظار می‌تواند بسیار مفید واقع شود.<sup>(۱۲)</sup> بر اساس مطالعات انجام شده یکی از بهترین مدل‌هایی که در ارتباط با نگرش و رفتارهای باروری می‌تواند مورد استفاده قرار بگیرد مدل قصد رفتاری است.<sup>(۱۳)</sup> این الگو بر مبنای یک تئوری روانشناختی به نام تئوری عمل منطقی پایه گذاری گردیده است.

مفروضات این تئوری این است که اولاً افراد تصمیم‌هایشان را بر پایه بررسی معقول و منطقی اطلاعات در دسترس اتخاذ می‌کنند و ثانياً پیامد و نتایج عملکرد خود را قبل از اتخاذ تصمیم مورد توجه قرار می‌دهند.<sup>(۱۴)</sup> بر اساس الگوی قصد رفتاری، مهمترین تعیین کننده رفتار فرد، قصد رفتاری است. فیش بین و آرن قصد را قضاوت احتمالی فرد از نوع رفتار مورد نظر بیان کرده اند. قصد فرد برای انجام یک رفتار ترکیبی از نگرش نسبت به رفتار و هنجارهای انتزاعی است. نگرش نسبت به رفتار شامل عقاید فرد و ارزیابی از نتایج رفتار می باشد و هنجارهای انتزاعی نیز شامل اعتقادات نرمی (اعتقادات شکل گرفته در فرد و خانواده) و انگیزه برای اطاعت است.<sup>(۱۴ و ۱۵)</sup>

در این پژوهش با توجه به اینکه در انتخاب نوع زایمان غیر از فاکتورهای فردی نظیر آگاهی، ارزیابی از نتایج و نگرش، فاکتورهای اجتماعی نظیر اعتقادات نرمی و فشارهای اجتماعی نیز موثر است و قصد مادر برای انجام زایمان مهمترین فاکتور به حساب می‌آید و تاکنون نیز از این مدل جهت کاهش سزارین استفاده نشده مدل قصد رفتاری برای کاهش میزان سزارین در زنان باردار انتخاب شده است.

## روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مداخله ای تجربی بود که جهت انجام آن تعداد ۱۴۰ نفر از زنان باردار شکم اول با استفاده رابطه

$$N = \frac{(Z_1 + Z_2)^2 [P_1(1 - P_1) + P_2(1 - P_2)]}{(P_1 - P_2)^2}$$

(هر گروه ۷۰ نفر) انتخاب شدند و در زمستان ۱۳۸۵ در شهرستان خمینی شهر مورد مطالعه قرار گرفتند. جهت انجام نمونه گیری ابتدا ۸ مرکز از بین ۳۳ مرکز (کل مراکز بهداشتی سطح خمینی شهر) با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شده و سپس با تقسیم تعداد نمونه بر تعداد کل زنان باردار در این مراکز ۱/۱۶ زنان باردار بصورت تصادفی ساده از هر مرکز بهداشتی درمانی انتخاب و پس از همسان سازی به طور تصادفی ساده به دو گروه شاهد و مورد تقسیم شدند. معیارهای ورود افراد به مطالعه شامل کلیه زنان در سه ماهه آخر بارداری اول مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و سن زیر ۳۵ سال بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل زایمان زودرس، تشخیص حاملگی چند قلوبی، لگن کوچک، دیابت و سابقه فشار خون بالا بود. با توجه به عدم وجود پرسشنامه استاندارد در این زمینه، با استفاده از منابع و کتب مرجع پرسشنامه تهیه و توسط چند تن از متخصصین زنان و اساتید راهنما تایید شد و پایایی آن توسط آزمون آلفا کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفت (۰/۹۶). پرسشنامه طراحی شده بر مبنای متغیرهای مدل قصد رفتاری شامل بخش‌های زیر بود:

الف) متغیرهای فردی شامل: سن، سن همسر، تحصیلات مادر باردار و همسر، شغل مادر باردار و همسر، میزان درآمد خانوار، سن حاملگی و تاریخ احتمالی زایمان در دو گروه بود.

ب) آگاهی نسبت به انواع روشهای زایمان و مزایا و معایب هر کدام شامل ۱۰ سؤال بود که در صورت پاسخ صحیح نمره ۱ و در غیر اینصورت نمره صفر منظور گردید.

ج) ارزیابی از نتایج زایمان طبیعی و سزارین شامل ۱۰ سؤال که به صورت صحیح و غلط نمره گذاری شده بود.

د) سئوالات نگرشی شامل ۱۵ سؤال که بر مبنای مقیاس لیکرت ۵ تایی طبقه بندی شده بود و از ۱-۵ نمره گذاری شده بود.

و) سئوالات مربوط به هنجارهای انتزاعی که شامل دو بخش بود: قسمت اول در مورد اینکه چه کسانی در انتخاب نوع زایمان شما موثر بوده اند و قسمت دوم اینکه نظر کدامیک از این افراد برای شما مهم تر بوده است.

ه) قصد رفتاری، قصد فرد برای انتخاب نوع زایمانش که به صورت چهار گزینه ای طراحی شده بود.

پس از انتخاب گروه شاهد و مورد و گرفتن پیش آزمون از هر دو گروه، گروه شاهد آموزشهای معمول را از مراکز بهداشتی درمانی دریافت نمودند و در گروه مورد نیز پس از تقسیم زنان باردار به دو گروه ۳۵ نفری، آموزش براساس اجزاء الگوی قصد رفتاری طی سه جلسه آموزشی برای زنان باردار به همراه مادر و یکی از دوستانشان انجام شد، یک جلسه سخنرانی جهت ارتقاء آگاهی، یک جلسه بحث عمومی جهت تغییر نگرش و یک جلسه در ماه آخر جهت تاکید بر نگرش و قصد زنان نسبت به زایمان طبیعی) برگزار گردید و یک جلسه نیز برای شوهران زنان باردار توسط متخصصان زنان و زایمان و کارشناسان شناخته شده شهرستان (جهت تاثیر بر نرمهای انتزاعی) برگزار گردید و در پایان نیز پس آزمون از هر دو گروه شاهد و مورد گرفته شد. سه ماه پس از انجام آموزشها نتیجه زایمانها از هر دو گروه از طریق مراکز بهداشتی درمانی جمع آوری شد.

اطلاعات پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل گردید. جهت مقایسه میانگین آگاهی و نگرش قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه شاهد و مورد از آزمون T-paried و جهت مقایسه میانگین آگاهی و نگرش بین دو گروه بعد از انجام مداخله از آزمون T مستقل استفاده شد و

شاهد و مورد را در رابطه با آگاهی، ارزیابی از نتایج، نگرش، قصد و عملکرد قبل و بعد از انجام مداخله نشان می‌دهد. ۶۰ درصد مادران در گروه شاهد و ۵۰ درصد مادران در گروه مورد، پزشک را به عنوان مهمترین منبع گرفتن اطلاعات زایمانی انتخاب کرده بودند و انگیزه برای اطاعت نیز در ۵۳ درصد از گروه شاهد و ۵۶ درصد از گروه مورد، از پزشک بیش از سایر نرمها بود.

جهت مقایسه فراوانی نسبی سزارین (رفتار) و قصد رفتار بین دو گروه از آزمون chi-square استفاده شد و  $(P < 0/05)$  به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

### یافته ها

میانگین سن مادران مورد مطالعه  $23/2 \pm 2/8$  و میانگین سن پدران  $28/1 \pm 2/8$  بود. ۹۱/۴ درصد مادران خانه دار و ۸/۶ درصد شاغل بودند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد سطح تحصیلات اکثر مادران تا مقطع دبیرستان (۵۸/۶ درصد) بود، همچنین ۲۸/۶ درصد از آنها تحصیلات مقطع راهنمایی، ۷/۱ درصد تحصیلات دانشگاهی و ۵/۷ درصد تحصیلات ابتدایی داشتند. میزان تحصیلات همسران نیز ۴۲/۸ درصد تا مقطع دبیرستان، ۴۰ درصد مقطع راهنمایی، ۱۲/۸ درصد مقطع دانشگاه و ۴/۴ درصد نیز تا مقطع ابتدایی بود. بین دو گروه از نظر سن، میزان تحصیلات و میزان درآمد تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد ( $P = 0/05$ ). جداول شماره یک تا پنج وضعیت گروه

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات آگاهی قبل و بعد از مداخله آموزشی بین گروه مورد و شاهد در فصول زایمان طبیعی

T-Paired	بعد از مداخله		قبل از مداخله		آگاهی گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$t=8/4$ $p < 0/001$	۱۴/۵	۸۷/۱	۲۰/۶	۵۶/۸	مورد (۷۰ نفر)
$t=1/4$ $p=0/2$	۲۳	۵۰	۱۸/۵	۴۸/۷	شاهد (۷۰ نفر)
	$t=5/8$ $p < 0/001$		$t=1/7$ $p=0/09$		نتیجه آزمون T مستقل

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات ارزیابی از نتایج قبل و بعد از مداخله آموزشی بین گروه مورد و شاهد در فصول زایمان طبیعی

T-Paired	بعد از مداخله		قبل از مداخله		ارزیابی از نتایج گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$t=8/8$ $p < 0/001$	۳/۵	۲۷/۳	۴/۲	۲۱/۸	مورد (۷۰ نفر)
$t=1/1$ $p=0/28$	۴/۱	۲۰/۱	۴/۱	۲۲/۷	شاهد (۷۰ نفر)
	$t=4/7$ $p < 0/001$		$t=0/9$ $p=0/35$		نتیجه آزمون T مستقل

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات نگرش قبل و بعد از مداخله آموزشی بین گروه مورد و شاهد در فصول زایمان طبیعی-

شهرستان فمینی شهر-۱۳۸۴

T-Paired	بعد از مداخله		قبل از مداخله		نگرش گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
t=۵ p < /۰۰۱	۱۰/۷	۶۶/۵	۱۲/۸	۵۵/۱	مورد (۷۰ نفر)
t=۶۹ p= /۵۱	۱۶/۲	۵۲/۵	۱۳/۳	۵۶/۸	شاهد (۷۰ نفر)
	t=۲/۹ p= /۰۰۴		t= /۴ p= /۶۲		نتیجه آزمون T مستقل

جدول ۴: جدول توزیع فراوانی قصد برای انجام زایمان قبل و بعد از مداخله در گروه مورد و شاهد شهرستان فمینی شهر ۱۳۸۴

قصد	مورد		شاهد	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
احتمالا طبیعی	تعداد درصد ۳۴ (٪۴۸/۶)	تعداد درصد ۱۷ (٪۲۴/۳)	تعداد درصد ۲۹ (٪۴۱/۴)	تعداد درصد ۹ (٪۱۲/۸)
احتمالا سزارین	تعداد درصد ۱۵ (٪۲۱/۴)	تعداد درصد ۲ (٪۲/۹)	تعداد درصد ۱۳ (٪۱۸/۶)	تعداد درصد ۹ (٪۱۲/۸)
قطعا طبیعی	تعداد درصد ۱۸ (٪۲۵/۷)	تعداد درصد ۴۸ (٪۶۸/۶)	تعداد درصد ۲۱ (٪۳۰)	تعداد درصد ۲۶ (٪۳۷/۱)
قطعا سزارین	تعداد درصد ۳ (٪۴/۳)	تعداد درصد ۳ (٪۴/۳)	تعداد درصد ۷ (٪۱۰)	تعداد درصد ۲۶ (٪۳۷/۱)
کل	تعداد درصد ۷۰ (٪۱۰۰)	تعداد درصد ۷۰ (٪۱۰۰)	تعداد درصد ۷۰ (٪۱۰۰)	تعداد درصد ۷۰ (٪۱۰۰)

گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله تفاوتی نداشتند، در حالی که بعد از مداخله تفاوت معنی دار شد ( $P=۰/۰۰۷$  و  $X^2=۱۲/۱$ )

## بحث

در خواست کننده به دست آمد<sup>(۱۷)</sup>. در تحقیق حاضر شاید به دلیل اینکه فقط زنان باردار شکم اول در این مطالعه وارد شده بودند از نظر میزان تحصیلات و سن تفاوت معنی داری بین آنان وجود نداشت ( $P>/۰۵$ ). در زمینه میزان آگاهی همانگونه که در جدول شماره یک مشاهده می شود میانگین نمره آگاهی در گروه مورد قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری را نشان داد و همچنین تفاوت بین گروه شاهد و مورد بعد از انجام مداخله معنی دار بود. در نتیجه می توان چنین نتیجه گیری کرد که آموزش حاضر در افزایش میزان آگاهی مادران باردار نسبت به آموزش های غیر سیستماتیک تاثیر بیشتری داشته است. آندرسون (۱۹۹۷) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که برای کاهش شیوع سزارین و عوارض ناشی از آن در مادران و

طبق نتایج به دست آمده قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی داری بین گروه شاهد و مورد در زمینه آگاهی، ارزیابی از نتایج، نگرش، قصد و عملکرد مشاهده شد که تاثیر عملکرد این نوع آموزش در کاهش میزان سزارین را نشان داد. بر اساس نتایج بدست آمده از تحقیق حاضر بین سن، میزان تحصیلات، میزان آگاهی، نگرش، ارزیابی از نتایج، قصد و عملکرد رابطه آماری معنی داری مشاهده نشد، در حالیکه در تحقیق توسلی بین سن و تحصیلات مادر با نوع زایمان رابطه معنی داری وجود داشت<sup>(۱۲)</sup>، همچنین در تحقیق ون کای نیز بین افزایش میزان سزارین و سن مادر ارتباط معنی داری وجود داشت<sup>(۱۶)</sup> در تحقیق علی محمدیان نیز رابطه آماری معنی داری بین سطح سواد مادر در گروه درخواست کننده سزارین انتخابی در مقایسه با گروه غیر

نوزادان، باید آگاهی زنان باردار را افزایش داد<sup>(۱۸)</sup>.

در تحقیقی از یارندی و همکاران در بررسی آگاهی و نگرش خانمهای باردار نسبت به روشهای زایمانی در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران نشان داده شد که میزان آگاهی اکثریت خانمهای باردار مراجعه کننده نسبت به روشهای زایمانی در حد متوسط می باشد که این مسئله می تواند بیانگر عدم کفایت آموزشهای لازم در دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی باشد.<sup>(۱۹)</sup> در بررسی ارزیابی از نتایج، بر اساس تئوری انتظار ارزش، ارزیابی از نتایج در واقع قضاوت خودشخص نسبت به رفتاری است که قصد انجام آن را دارد. در مطالعه حاضر همان گونه که در جدول شماره دو مشاهده می شود ارزیابی از نتایج مادران باردار در گروه مورد نسبت به زایمان طبیعی قبل و بعد از انجام مداخله و همچنین بین گروه شاهد و مورد بعد از انجام مداخله تفاوت معنی داری را نشان داد که این موضوع نیز تاثیر آموزش در ارزیابی مثبت از زایمان طبیعی در گروه مورد را نشان می دهد. در تحقیق توسلی نیز نظر مادران باردار در خصوص ارزیابی مثبت از نتایج زایمان طبیعی قبل و بعد از انجام مداخله تفاوت معنی داری را نشان داد.<sup>(۱۲)</sup>

در مورد نگرش مادران باردار نسبت به زایمان طبیعی قبل و بعد از انجام مداخله در گروه مورد و بعد از انجام مداخله بین گروه شاهد و مورد تفاوت معنی داری را نشان داد ( $P < /0.01$ ) و همچنین رابطه آماری معنی داری نیز بین میانگین نمره آگاهی و ارزیابی از نتایج و نگرش مشاهده شد که این موضوع علاوه بر نشان دادن تاثیر آموزش بر اساس مدل قصد رفتاری در ارتقاء نگرش زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی رابطه بین اجزاء مدل را نیز نشان می دهد.

هدف از هنجارهای انتزاعی در مطالعه حاضر شناخت افراد مورد اعتبار و تاثیر گذار است که در قصد زنان باردار در انتخاب روش زایمان موثر هستند، بنابراین اعتقادات نرمی و انگیزه برای اطاعت به عنوان دو عامل اصلی موثر بر هنجارهای انتزاعی مورد بررسی قرار گرفت. در تحقیق حاضر در پاسخ به این سؤال که

شما در گرفتن اطلاعات برای زایمان از چه کسانی (ویاچه منابعی) استفاده می کنید ۵۰ درصد مادران در گروه مورد و ۶۰ درصد مادران در گروه شاهد «پزشک» را به عنوان منبع کسب اطلاعات خود معرفی کردند و در رتبه های بعدی مادر، شوهر، دوستان و کتاب قرار داشتند همچنین در زمینه انگیزه برای اطاعت در پاسخ به این سؤال که نظر کدامیک از این افراد برای انتخاب نوع زایمان برای شما اهمیت بیشتری دارد نیز از همین ترتیب پیروی کردند.

همانطور که مشاهده می شود مهمترین نرمها برای زنان باردار در تحقیق ما در درجه اول پزشک و بعد مادر، شوهر و دوستان هستند و انگیزه برای اطاعت نیز از همین روال تبعیت می کند. در مطالعه ای از فرجی ۷۰ درصد زنان پزشک را عامل تعیین روش زایمان دانستند. یعنی نگرش پزشک در انتخاب روش زایمانی بسیار تاثیر گذار است<sup>(۱۸)</sup>. طبق گزارش Signorellie از ایتالیا روش کار پزشک عامل مهمی در شیوع سزارین است.<sup>(۲۰)</sup> در تحقیق دیگری از Porreco ۶۴ درصد زنان نقش همسر را در انتخاب روش زایمانی موثر دانستند در حالیکه در تحقیقی مشابه در استرالیا ۸/۸ درصد زنان این عقیده را داشتند<sup>(۲۱)</sup>. می توان گفت این تفاوت زیاد ناشی از تفاوت های اقتصادی و اجتماعی جوامع است. در هر حال میزان دخالت پزشک در افزایش میزان سزارین طی سالهای گذشته به حدی بوده است که برخی محققین، مهمترین علت در تصمیم به انجام سزارین را به جای شرایط زایمانی بیمار قضاوت پزشک و شرایط محیطی حاکم بر وی دانسته اند. همچنین فرهنگ تغییر یافته برخی جوامع<sup>(۲۲)</sup> و اصرار بیمار و خانواده وی نیز در اتخاذ تصمیم پزشک در انجام سزارین بی تاثیر نبوده و از علل افزایش میزان سزارین می باشد.

در زمینه جزء هفتم مدل قصد رفتاری یعنی قصد، مهمترین متغیر در مدل فیش بین و آزن، قصد (Intention) می باشد. این تئوری اشاره به این دارد که عموماً رفتار به دنبال قصد اتفاق افتاده و بدون قصد، رفتاری اتفاق نخواهد افتاد. قصد یک فرد برای انجام یک رفتار حاصل جمع فاکتورهای فردی (نگرش) و

و نقش تاثیر گذار متخصصین زنان و زایمان در افزایش شیوع سزارین مخصوصا در زنان باردار شکم اول از جمله محدودیت‌ها و مشکلات این طرح بود.

در نهایت با توجه به تاثیر آموزش بر اساس مدل قصد رفتاری در کاهش میزان سزارین، استفاده از این الگو سایر آموزشهای سیستماتیک در کلیه مداخلاتی که علاوه بر فاکتورهای فردی، فاکتورهای اجتماعی نیز نقش دارند پیشنهاد می شود و همچنین آموزش به همسران و مادران زنان باردار در آموزشها و بحث های گروهی نیز قویا توصیه می گردد، همچنین نقش سایر فاکتورهای تاثیر گذار بر کاهش میزان سزارین از جمله نقش حرکات ورزشی، نقش محیط بیمارستان و پزشک بر کاهش میزان سزارین نیز قابل بررسی است.

### سپاسگزاری

از کلیه پرسنل محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان خمینی شهر مخصوصا خانم فاطمه السادات ابطحی، خانم فاطمه پزشکی، خانم نرگس طیبی و خانم مریم تیرانی بخاطر زحمات بی دریغشان تشکر و قدردانی می شود.

فاکتورهای اجتماعی (هنجارهای انتزاعی) می باشد. در مطالعه حاضر نیز قصد مادران برای انجام زایمان طبیعی قبل و بعد از انجام مداخله در گروه مورد بعد از انجام مداخله بین گروه شاهد و مورد تفاوت معنی داری را نشان داد که این موضوع نیز علاوه بر نشان دادن تاثیر مدل قصد رفتاری در تغییر قصد مادران باردار به سمت زایمان طبیعی ارتباط بین اجزاء مدل را نیز به اثبات رسانید. در مطالعه میریان نیز تحت عنوان بررسی دیدگاههای مردان عشایر نسبت به تنظیم خانواده، در مقایسه نسبت قصد رفتاری مردان عشایر گروه آزمون با گروه شاهد اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه مشاهده شد. (۲۳)

و اما در مورد جزء هشتم و آخرین جزء مدل قصد رفتاری یعنی رفتار، همانگونه که در جدول شماره پنج مشاهده می شود تفاوت بین گروه شاهد و مورد در زمینه انجام زایمان طبیعی کاملا معنی دار است و این موضوع تاثیر مدل قصد رفتاری در کاهش میزان سزارین را در این مطالعه نشان می دهد. مشکلات ناشی از هماهنگی با همسران زنان باردار جهت شرکت در کلاسها، هماهنگی با مرکز بهداشت شهرستان جهت برگزاری کلاسها در روزهای تعطیل، مشکلات زنان باردار جهت شرکت در کلاسها

## References

## منابع

۱. کائینگهام مک دانلد. بارداری و زایمان ویلیامز. ترجمه غلامرضا باهوش، محسن اسفند بد، علی زاهدی، چاپ بیستم، انتشارات اشتیاق، ۱۳۸۰ ص ۶۹۳.
۲. نقیبی خسرو، علامه زهرا، منتظری کامران. زایمان بی درد یا سزارین کدام بهتر است. اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۰، چاپ اول: ۳۸-۴۰.
۳. گزارش طرح پایش و ارزشیابی بهداشت باروری. مرکز بهداشت استان اصفهان، سال ۱۳۸۴ ص ۵-۱.
4. Cunningham F, Mac Donald P.C, Normal F, et al. Williams obstetrics 20th edition, New York, Appleton's & Lange Co.1997;1-327,509-531.
5. اسکات و جیمز. بیماری های زنان و مامائی دنفورث. ترجمه کبیر نشاندار، تهران، چهر، ۱۳۸۰
6. David H, Norman J. Gynecology illustrated. 5th edition, Churchill Livingstone Co, London 2000; 301-338.
7. Malcolm S, Ian M. Essential Obstetrics and Gynecology. Third edition, Churchill Livingstone Co, 1998; 85-116, 325-366.

8. Miller RD. Text book of Anesthesia. Churchill Livingstone Co, Philadelphia 2000; 1520-1548, 2024-2068.
9. Rashman GB, Davies NJ, Cushman JN. Lee's Synopsis of Anesthesia. 12th edition, Butter worth & Heinemann Co, Boston 1999; 522-551.
10. Menrad MK. Cesarean delivery rates in the united states the 1990s. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1990; 26(2):275-286.
11. Abu Heija AT, Ziadeh SM. Correlation of decrease in cesarean section rates and decrease in prenatal mortality. *Mortality. Ann Saudi Med.* 1995; 15(1): 29-31.
۱۲. توسلی مریم، حیدرنیا محمدعلی. بررسی تاثیر آموزش در کاهش سزارین انتخابی در خانمهای باردار. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد بهار ۱۳۸۰.
۱۳. کارن گلزار، فرانسیس مارکوس، لوئیس باربارا، رفتار بهداشتی و آموزش بهداشت، تئوری پژوهش و عملکرد، ترجمه دکتر فروغ شفیعی، انتشارات لادن، ۱۳۷۶، ص ۴۱.
۱۴. شجاعی زاده داود. مدل‌های مطالعه رفتار در آموزش بهداشت. ۱۳۸۰، ص ۴۶-۳۹.
15. Anderson ET. et al. Health and disease prevention. *Nursing Outlook* 1996;10(5); 105 – 252  
Porreco RP. Meeting the Challenge of the Rising Cesarean Birth Rest and cynic 1990;45(1): 6-13.
16. WenWei Ca, Marks, Charles HC, et al. Increased cesarean section rates and emerging patterns of health insurance in shanghai, china. *Am g of public health.* 1998;88(5):777-780.
۱۷. علی م معصومه، شریعت مامک، محمودی محمود، رمضان زاده فاطمه. بررسی تاثیر درخواست زنان باردار بر میزان سزارین انتخابی. فصلنامه پایش، سال دوم شماره دوم بهار، ۱۳۹-۱۳۳.
۱۸. فرجی رویا، ظهیری زیبا، فرجاد فاطمه. بررسی میزان آگاهی و نگرش خانمهای باردار نسبت به روشهای زایمانی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۸۲، سال دوازدهم، شماره ۴۶، ۶۹-۷۵.
۱۹. یارندی فریبا، رضایی زهرا، افتخار زهرا، سعادت حسن، انصاری محمد. بررسی آگاهی و نگرش خانمهای باردار نسبت به روشهای زایمانی در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران سال ۱۳۷۸. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۸۱، سال یازدهم، شماره ۴۲، ۲۱-۱۵.
20. Signorelli C, Cattaruzza Ms, Osborn JF. Risk Factors for Cesarean section in Italy: resulted of Multicenter study. *Public Health* 1995; 109(3):1919.
21. Porreco RP. Meeting the challenge of the rising cesarean Birth rate. *Obstet and Gynecol* 1990;45(1):133-136.
22. Anderson GM, Loams J. Explaining variations in cesarean section rates, patients, facilities or policies? *Can Med Assos J* 1985; 132:253-256.
۲۳. میری محمدرضا و دیگران. بررسی دیدگاههای مردان عشایر شهرستان بیرجند نسبت به تنظیم خانواده بر اساس الگوی قصد رفتاری. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، شماره ۳۷، ۱۳۸۱.



## *Study of the effects of Behavioral Intention Model education on reducing the cesarean rate among pregnant women of Khomeiny-Shahr, Isfahan, in 2006*

Zohreh Fathian, MSc\*; Gholamreza Sharifi rad, PhD\*\*; Akbar Hasanzadeh, MSc\*; Zahra Fathian, MSc\*

**Background:** *The cesarean section rate is very high and is increasing in most countries including Iran. Being a major surgery, the cesarean section may have dangerous side effects and even can be rarely fetal. During recent years, in most developed countries there have been many attempts to reduce the cesarean rate using education and other interfering methods. In our country it seems that the efforts with this regard have not been significant. The goal of the present study was to evaluate the effects of Behavioral Intention Model (BIM) education on reducing the cesarean rate among pregnant women.*

**Methods and Materials:** *In this interventional study, 140 women at their first-time pregnancy and in 3rd trimester, were chosen in the winter of 2005, using simple random sampling method; they were divided into case and control groups. After pretest using a questionnaire in both groups, BIM was employed for the test group, followed by a post test performance in both groups. The collected data were analyzed by T-paired, independent T & chi-square methods.*

**Results:** *The results showed significant differences between case and control groups in the level of knowledge, evaluation of results, attitude & behaviors ( $p < 0.001$ )*

**Conclusion:** *According to the results, it can be concluded that BIM is effective on increasing or improving the knowledge, evaluation of results, attitude, strengthening the intention and behavior of the pregnant women. It is, therefore, suggested to use this method and other systematic education for pregnant women to decrease the rate of unnecessary cesarean.*

**KEY WORDS:** *Behavioral Intention Model, kind of delivery, attitude, intention, behavior.*

\*M.Sc. in health education, Health Service Center of Khomeiny-Shahr, Isfahan, Iran

\*\* Dept of Medical Health Services, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences and health services Isfahan, Iran.