

بررسی دیدگاه زنان شهر رشت نسبت به انتخاب روش زایمانی براساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

دکتر بابک معینی (Ph.D.)^۱ - فرشته بشارتی (M.Sc)^۱ - *دکتر سیدمحمد مهدی هزاوه‌یی (Ph.D.)^۱ - دکتر عباس مقیم بیگی (Ph.D.)^۱

*نویسنده مسئول: همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی

پست الکترونیک: hazavehei@umsha.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۸/۳ تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۲/۹

چکیده

مقدمه: سزارین به نسبت زایمان طبیعی برای مادر و نوزاد خطر بیشتری در بردارد. متأسفانه به دلایل مختلف میزان آن روبه افزایش رفته و ناآگاهی و نگرش اشتباه زنان از دلایل این افزایش است.

هدف: تعیین دیدگاه زنان شهر رشت نسبت به انتخاب روش زایمان براساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (Theory of Planned Behavior (TPB))

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی - تحلیلی بر ۲۰۷ نفر از زنان زایمان کرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر رشت با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای در زمستان ۱۳۸۸ انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ۱۳ تحلیل شد.

نتایج: ۴۳٪ زنان، زایمان طبیعی، ۳۶٪ سزارین به دلایل پزشکی و ۲۰٪ سزارین انتخابی داشتند. در گروه سزارین انتخابی، میانگین نمره آگاهی ۴۲/۶، میانگین نمره نگرش ۵۵/۸۷، میانگین نمره ارزیابی نتایج ۶۰/۳۳ و میانگین نمره کنترل رفتاری درک شده ۴۷/۲۸ بود. قصد بیش از ۷۰٪ آنان قطعاً سزارین و در دو گروه دیگر بیشتر زایمان طبیعی بود. بیشترین میزان حرف شنوی در انتخاب روش زایمان در هر سه گروه، پزشک معالج بود.

نتیجه‌گیری: میانگین نمره آگاهی، ارزیابی نتایج، نگرش و کنترل رفتاری درک شده در زنان با سزارین انتخابی کمتر از دو گروه دیگر زایمانی بود. چون اکثر این زنان نخست‌زا بودند، راهکارهای مناسبی همچون آموزش زنان باردار و دختران جوان براساس تئوری‌ها و الگوهای رفتاری از جمله TPB، مشاوره با خانواده‌ها از طریق مراکز بهداشتی و رسانه‌ها پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آگاهی / زایمان طبیعی / زنان باردار / سزارین / نگرش

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیستم شماره ۷۹، صفحات: ۶۸-۷۶

مقدمه

آمار منتشر شده در اکثر مناطق جهان تفاوت قابل ملاحظه‌ای با آمار اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی دارد و بسیار بیشتر است (۶۵). در مطالعات مختلف در سراسر دنیا عوامل متعدد دخیل مطالعه شده‌است که می‌توان از شرایط اقتصادی - اجتماعی، پارتیتی مادر، بالابودن سن زنان در اولین حاملگی، ترس از شکایت بیماران، ترجیح پزشکان و فلسفه آموزش و تمرین در پزشکی، محرک مالی برای پزشک، بهره‌وری از تکنولوژی، آگاهی و نگرش مادر نسبت به روش‌های زایمانی و درخواست مادر نام برد (۱، ۱۰-۷).

به‌طور کلی چهار علت شایع برای سزارین با دلایل پزشکی شامل: سزارین تکراری، نداشتن پیشرفت سیر زایمان، نمایش بریج و سزارین برای سلامت جنین است (۱). نتایج مطالعه ساسیتو و همکاران (۱۱) با هدف بررسی ترس از زایمان طبیعی در زنان باردار نشان داد که در برخی مواقع

سزارین از شایع‌ترین عمل‌های جراحی بوده که در موارد منع زایمان طبیعی برای تامین سلامت مادر و نوزاد انجام می‌شود. سزارین در قرن گذشته نقش مهمی در کاهش مرگ‌ومیر و عوارض ناشی از زایمان در مادران و جنین آنان داشته ولی امروزه مساله نگران‌کننده میزان بالای سزارین شده‌است (۱). در سال ۲۰۰۳ میزان سزارین در آمریکا به حدود ۲۷/۶ درصد رسید در حالی‌که این رقم در سال ۱۹۶۸ فقط ۴/۸ درصد و بر اساس همین آمار ۴ تا ۱۸ درصد این سزارین‌ها از نوع انتخابی بوده‌است (۲). آمار سزارین در کشورهای در حال توسعه بسیار بالاتر از این است به طوری‌که تا سال ۱۳۸۷ آمار سزارین در کل کشور ما به ۴۰/۴ درصد رسیده بود (۳). آمار مراکز بهداشت شهرستان‌های تابع استان گیلان در سال ۱۳۸۷ نشان می‌دهد که به طور کلی ۶۴ درصد از زایمان‌های صورت گرفته در سطح استان به صورت سزارین بوده‌است (۴). متأسفانه

۳- نگرش نسبت به رفتار: میزان مطلوب بودن یک رفتار از نظر فرد است که دو عامل موجب شکل‌گیری آن می‌شود. باورهای فردی (اعتقاد فرد در مورد نتیجه یک رفتار) و ارزیابی نتایج رفتار (ارزشی که فرد برای نتیجه رفتار مورد نظر قائل می‌شود).

۴- هنجارهای انتزاعی: اشخاص تحت تاثیر افراد مختلفی در جامعه قرار می‌گیرند مانند مادر، پزشک، رهبران دینی و دو عامل موجب شکل‌گیری آن می‌شود نرم‌ها یا هنجارهای اعتقادی (عقیده به این که آیا افراد خاص انجام رفتار مورد نظر را تایید یا رد می‌کنند) و انگیزه برای اطاعت (انگیزه فرد در پیروی از خواست دیگران و پذیرش انتظار آنها).

۵- کنترل رفتار درک شده: درجه‌ای از احساس فرد در مورد این که یک رفتار تا چه حد در کنترل ارادی وی باشد و دو عامل موجب شکل‌گیری آن می‌شود، اعتقاد کنترلی (اعتقاد به کنترل رفتار) و توانمندی درک شده (درک فرد از توانایی خود برای انجام رفتار).

بر اساس این تئوری، قصد رفتاری برآیندی از نگرش فردی، هنجارهای اجتماعی و کنترل رفتار درک شده است (۱۶-۱۳).
(دیاگرام ۱)

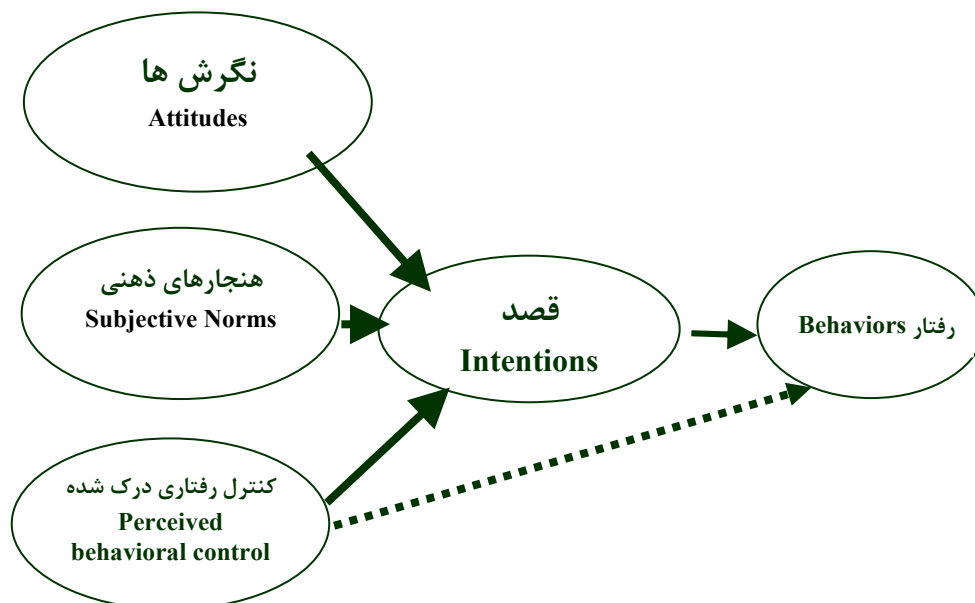
درخواست سزارین توسط مادران پشت تشخیص‌هایی رایج نظیر تطابق نداشتن اندازه لگن مادر با جنین و سزارین پیشین مخفی می‌شود. در مطالعه فرجی و همکاران، دریافتند که به‌رغم افزایش پیشین میزان سزارین در شهر رشت آگاهی نسبت به روش‌های زایمان اندک است و ۷۰ درصد زنان، پزشک را عامل تعیین کننده روش زایمان معرفی کردند (۱۲).

چون الگوی مطالعه رفتار می‌تواند در بررسی دیدگاه مردم نسبت به رفتارهای بهداشتی مهم باشد، پس از بررسی زیاد بر الگوها و تئوری مرتبط با رفتارهای بهداشتی، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بکار رفت که در سال ۱۹۸۵ مطرح و در سال ۱۹۹۱ توسط آزن و فیشبین توسعه داده شد. یکی از دلایل بکارگیری این تئوری این است که به جز عوامل فردی به عوامل اجتماعی که در ایجاد رفتار نقش مهمی دارند توجه خاص نشان می‌دهد (برخلاف مدل HBM و خودکارآمدی که فقط به عوامل فردی توجه دارد). این تئوری بر سازه‌های زیر استوار است:

۱- رفتار: روشی که فرد عمل می‌کند، سلوک و شیوه برخورد و واکنش در شرایط مختلف

۲- قصد رفتاری: تصمیم فرد برای اتخاذ یک رفتار

دیاگرام ۱: مدل رفتار برنامه‌ریزی شده Ajzen (14)



با توجه به مطالب مذکور این که تاکنون بیشتر مطالعات در مورد شیوع سزارین و بررسی آگاهی و نگرش زنان در مورد روش‌های زایمانی بوده و از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در بررسی دیدگاه زنان نسبت به روش‌های ختم بارداری استفاده نشده، این مطالعه با هدف تعیین دیدگاه زنان زایمان کرده

نسبت به روش‌های زایمانی بر اساس تئوری TPB طراحی و اجرا شد. انتظار می‌رود نتایج این طرح در اصلاح دیدگاه‌ها و باورهای غلط در مورد سزارین در برنامه‌های آموزشی مداخله‌ای آینده به کار گرفته شود.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار سن زنان و میزان درآمد خانوار به تفکیک گروه‌های زایمانی

متغیرها	نوع زایمان (تعداد)	طبیعی (۸۹)	سزارین به دلایل پزشکی (۷۵)	سزارین انتخابی (۴۳)
سن مادران (سال)		۲۶/۲۱±۵/۲۷	۲۷/۰۷±۷/۱۵	۲۶/۴۲±۴/۹۹
درآمد خانوار (تومان)		۳۲۴۸۳۰±۱۶۹/۷۳۳	۴۰۶۶۷۰±۲۴۷/۳۳۴	۳۹۶۷۴۰±۱۸۴/۶۰۷

جدول ۲: توزیع فراوانی میزان تحصیلات زنان در سه گروه زایمانی

وضعیت تحصیل خانم	بیسواد	ابتدایی	راهنمایی	دیپلم	دانشگاهی	کل
نحوه زایمان	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
طبیعی	۴ (۵/۵)	۱۳ (۱۴/۶)	۳۰ (۳۳/۷)	۳۱ (۳۴/۸)	۱۱ (۱۲/۴)	۸۹ (۱۰۰)
سزارین به دلایل پزشکی	۱ (۱/۳)	۸ (۱۰/۷)	۲۳ (۳۰/۷)	۳۰ (۴۰/۰)	۱۳ (۱۷/۳)	۷۵ (۱۰۰)
سزارین انتخابی	۰ (۰)	۴ (۹/۳)	۵ (۱۱/۶)	۲۰ (۴۶/۵)	۱۴ (۳۲/۶)	۴۳ (۱۰۰)

$$X^2=16.747, df=8, p\text{-value}=0.03$$

جدول ۳: شاخص‌های آماری مربوط به برخی از متغیرهای TPB (Theory of Planned Behavior)

متغیرهای TPB	طبیعی	سزارین به دلایل پزشکی	سزارین انتخابی	P-value
میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	(آزمون آنالیز واریانس)
آگاهی	*۵۲/۷۰±۱۹/۹۸	**۵۳/۴۷±۱۸/۵۶	***۴۲/۵۶±۱۸/۱۴	۰/۰۰۶
ارزیابی از نتایج	*۶۸/۵۸±۱۱/۴۱	**۶۸/۹۳ ±۱۱/۵۷	***۶۰/۳۳±۱۲/۵۷	۰/۰۰۰
نگرش	*۷۵/۰۸±۱۱/۰۶	**۷۳/۵۷ ±۱۳/۸۲	***۵۵/۸۷±۱۴/۸۶	۰/۰۰۰
کنترل رفتار درک شده	*۸۴/۴۰±۱۵/۰۱	**۶۹/۳۵ ±۲۵/۰۶	***۴۷/۲۳±۲۱/۹۳	۰/۰۰۰

(نمرات از ۱۰۰ تراز شده اند)

* تفاوت بین میانگین‌های متغیرهای TPB در گروه زایمان طبیعی با سزارین انتخابی در سطح ۰/۰۵

** تفاوت بین میانگین‌های متغیرهای TPB در گروه سزارین به دلایل پزشکی با سزارین انتخابی در سطح ۰/۰۵

*** تفاوت بین میانگین‌های متغیرهای TPB در گروه سزارین انتخابی با سزارین به دلایل پزشکی و زایمان طبیعی در سطح ۰/۰۵

جدول ۴: توزیع فراوانی انگیزه برای اطاعت در سه گروه زایمانی

انگیزه برای اطاعت	نحوه زایمان	طبیعی	سزارین به دلایل پزشکی	سزارین انتخابی
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
پزشک		۵۴ (۶۰/۷)	۵۶ (۷۴/۷)	۲۷ (۶۲/۸)
شوهر		۲۶ (۲۹/۲)	۱۴ (۱۸/۷)	۱۲ (۲۷/۹)
دوستان		۳ (۳/۴)	۸ (۱۰/۷)	۸ (۱۸/۶)
کارمندان بهداشتی		۸ (۹)	۲ (۲/۷)	۱ (۲/۳)
مادر		۱۴ (۱۵/۷)	۴ (۵/۳)	۲ (۴/۷)
خانواده شوهر		۲ (۲/۲)	۱ (۱/۳)	۰ (۰)

$$\text{Fisher's}=20.122, p\text{-value}=0.16$$

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که در آن دیدگاه زنان شهر رشت نسبت به روش‌های زایمانی براساس تئوری TPB بررسی شده است. جامعه مورد مطالعه ۲۰۷ زن زایمان کرده مراجعه‌کننده به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی - درمانی شهر رشت در زمستان ۱۳۸۸ بودند. از شرایط ورود به مطالعه، مادران نخست‌زا و چندزایی بود که از تاریخ زایمان آنان بیش از سه ماه نگذشته باشد و از شرایط خروج از مطالعه این بود که پرسشنامه را تکمیل نکرده باشند.

انتخاب نمونه‌ها در دو مرحله انجام شد ابتدا با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به طور تصادفی ۶ مرکز و پایگاه از بین مراکز و پایگاه‌های بهداشتی - درمانی شهر رشت انتخاب شدند و در مرحله دوم نمونه‌ها از این مراکز و پایگاه‌های انتخابی با روش نمونه‌گیری در دسترس تا رسیدن به حد نصاب انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای حاوی ۶۱ پرسش مشتمل بر ۸ بخش بود. بخش اول پرسش‌های سوالات دموگرافی و مامایی و شامل ۸ سوال بود. بخش دوم شامل ۱۰ سوال آگاهی، بخش سوم ۱۰ سوال ارزیابی از نتایج، بخش چهارم ۱۶ سوال نگرش، بخش پنجم ۳ سوال کنترل رفتاری درک شده، بخش ششم ۸ سوال هنجارهای انتزاعی، بخش هفتم ۲ سوال در مورد قصد رفتاری فرد برای نوع زایمان در حال و آینده و بخش هشتم یک سوال مربوط به عملکرد فرد بود که در صورت انجام سزارین زنان باید به ۲ سوال باز دیگر پاسخ می‌دادند. پرسش‌های ارزیابی از نتایج، نگرش و کنترل رفتار درک شده با استفاده از مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم طبقه‌بندی شد. سوال‌های آگاهی به صورت چند گزینه‌ای طراحی شدند. پرسش‌های قصد رفتاری و هنجارهای انتزاعی و عملکرد کیفی بودند. برای تعیین روایی ابزار از روش روایی محتوای استفاده شد بدین صورت که پرسشنامه‌ای با استفاده از منبع و کتاب‌های معتبر و پرسشنامه فطحیان و همکاران (۱۷) تهیه و با تایید متخصصان مربوطه اصلاح لازم بر آن صورت گرفت و پایایی آن هم از طریق آلفای کرونباخ سنجیده شد ($\alpha = .87$).

اطلاعات با تکمیل پرسشنامه توسط زنانی که برای مراقبت

پس از زایمان و مراقبت نوزاد به مراکز بهداشتی مراجعه کرده بودند به صورت مصاحبه و خودگزارش‌دهی جمع‌آوری شد. ابتدا مادران از چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف طرح آگاه شدند و در صورت تمایل وارد مطالعه می‌شدند. اطلاعات با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۳ و با شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و آزمون‌های دقیق فیشر، کای دو (Chi square)، استقلال دو گروه (T-test)، همبستگی و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

نتایج نشان داد که ۸۹ نفر (۴۳ درصد) زایمان طبیعی و ۱۰۸ نفر (۵۷ درصد) سزارین کرده بودند که از ۵۷ درصد سزارین، ۳۶/۲ درصد به دلایل پزشکی و ۲۰/۸ درصد انتخابی بوده است.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سن مادران و میزان درآمد خانوار را در واحدهای پژوهش نشان می‌دهد. بیشتر افراد تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم داشتند و ۳۶/۸ درصد از گروه سزارین انتخابی دارای تحصیلات دانشگاهی بودند که نسبت به دو گروه دیگر (گروه سزارین به دلیل پزشکی و گروه زایمان طبیعی) تحصیلاتشان بالاتر بود (جدول ۲). ۹۰ درصد خانه‌دار و ۱۰ درصد شاغل بودند.

۶۲/۳ درصد زنان در سه گروه زایمانی، نخست‌زا و از این میان گروه سزارین انتخابی (۸۳/۷ درصد) بیشترین تعداد را نسبت به دو گروه دیگر داشتند. بین تعداد حاملگی، سن مادران، میزان درآمد و تحصیلات با نوع زایمان رابطه آماری معنی‌دار بدست آمد ($P < 0.05$). به این معنی که در مادران با میزان تحصیلات دیپلم و بالاتر، درآمد بالا و مادران نخست‌زا سزارین انتخابی بیشتر بود.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی، ارزیابی نتایج، نگرش و کنترل رفتار درک شده را در سه گروه زایمانی نشان می‌دهد. طبق آزمون آنالیز واریانس، آگاهی مادران در سه گروه زایمانی متفاوت بود ($P < 0.05$). نمره آگاهی در سزارین به دلایل پزشکی (۵۳/۴۷ درصد) بیش از دو گروه دیگر و در سزارین انتخابی (۴۲/۵۶ درصد) کمتر از دو گروه دیگر بود. طبق آزمون آنالیز واریانس ارزیابی نتایج در سه گروه زایمانی

بدست نیامد ($P>0.05$). در مورد قصد انتخاب نوع زایمان در گروه زایمان طبیعی ۵۹/۶ درصد مادران گفته بودند که قطعاً قصد زایمان طبیعی داشتند. در گروه سزارین به دلایل پزشکی، ۴۱/۳ درصد مادران گزینه قطعاً زایمان طبیعی را انتخاب کرده بودند درحالی‌که در گروه سزارین انتخابی ۷۲/۱ درصد مادران بیان کردند که قطعاً در زایمانشان قصد سزارین داشتند اما در مورد روش ختم بارداری در زایمان بعدی ۷۴/۴ درصد مادران در گروه سزارین انتخابی، ۲۶/۷ درصد در گروه سزارین به دلایل پزشکی و ۷/۹ درصد در گروه زایمان طبیعی اظهار داشتند که در حاملگی بعدیشان قطعاً قصد سزارین دارند. بین قصد زنان در انتخاب نوع زایمان و نوع زایمان انجام شده رابطه آماری معنی‌دار بود ($P<0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش ما میانگین نمره آگاهی مادران در گروه زایمان طبیعی ۵۲/۷ درصد و در گروه سزارین به دلایل پزشکی ۵۳/۴۷ درصد بود (یعنی آگاهی متوسط). برای مقایسه می‌توان به مطالعه شریفی راد و یارندی اشاره کرد (۱۹-۱۸)؛ در این دو مطالعه میانگین نمره آگاهی در زنان باردار در حد متوسط بود که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد. آگاهی متوسط مادران در مورد روش‌های زایمانی می‌تواند به علت نبود آموزش‌های لازم در دوران بارداری و نیز پیش از بارداری باشد.

همچنین، میانگین نمره نگرش در گروه سزارین انتخابی پایین‌تر از دو گروه دیگر بود اما در این مطالعه در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین به دلایل پزشکی در مقایسه با نمره میانگین زنان باردار در مطالعه مصطفی‌زاده (۱۳۸۳) بالاتر است (۲۰) (۶۴/۷۳ درصد). پس، نمره آگاهی و نگرش زنان در سزارین انتخابی کمتر از دو گروه دیگر بود که می‌تواند یکی از دلایل افزایش میزان سزارین در این گروه باشد. در مطالعه نگاهبان و نوری (۲۱ و ۲۲) زنان باردار آگاهی پایین و نگرش خنثی نسبت به زایمان طبیعی داشتند و در آگاهی بالاتر زایمان طبیعی را ترجیح می‌دادند. البته، این نکته نیز اهمیت دارد که مطالعه مشابهی برای بررسی نگرش، آگاهی و ارزیابی نتایج رفتار در زنان پس از زایمان صورت نگرفته و

تفاوت داشت ($P<0.05$) نمره ارزیابی نتایج در سزارین به دلایل پزشکی (۶۸/۴۷ درصد) و زایمان طبیعی (۶۸/۵۸ درصد) تقریباً برابر و در سزارین انتخابی (۶۰/۳۳ درصد) کمتر از دو گروه دیگر بود. مطابق با آزمون آنالیز واریانس، نگرش مادران در سه گروه زایمانی متفاوت ($P<0.05$) و نمره نگرش در زایمان طبیعی (۷۵/۰۸ درصد) بیش از دو گروه دیگر و در سزارین انتخابی (۵۵/۸۷ درصد) کمتر از دو گروه دیگر بود. مطابق با آزمون آنالیز واریانس کنترل رفتار درک شده مادران در سه گروه زایمانی متفاوت بود ($P<0.05$). نمره کنترل رفتار درک شده در زایمان طبیعی (۸۴/۴۶ درصد) بیش از دو گروه دیگر و در سزارین انتخابی (۴۷/۲۸ درصد) کمتر از دو گروه دیگر بدست آمد.

مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات زنان در مورد روش‌های زایمانی در هر سه گروه، پزشک در رتبه اول قرار داشت. در گروه زایمان طبیعی (۴۱/۶ درصد) و سزارین به دلایل پزشکی (۳۰/۷ درصد)، مادران در رتبه دوم و شوهر، دوستان، کارمندان بهداشتی، کتاب و رسانه‌ها در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. اما در سزارین انتخابی، دوستان (۳۷/۲ درصد) در رتبه دوم قرار می‌گرفتند و مادر، کتاب، شوهر، کارمندان بهداشتی و رسانه‌ها در درجه بعدی بودند. بین منبع کسب اطلاعات و نوع زایمان رابطه آماری معنی‌دار دیده نشد ($P>0.05$) اما در زمینه انگیزه برای اطاعت در سه گروه زایمانی، ۶۶/۲ درصد پزشکان را برای حرف شنوی در مورد شیوه زایمان انتخاب کرده بودند (جدول ۳). در پیشنهاد برای انتخاب نوع زایمان در بین هنجارهای انتزاعی در گروه زایمان طبیعی، ۸۹/۹ درصد پزشکان، ۸۲ درصد مادران، ۶۹/۷ درصد دوستان و ۶۲/۹ درصد شوهران زایمان طبیعی را روش مناسب‌تر و در گروه سزارین به دلایل پزشکی ۳۴/۷ درصد پزشکان، ۷۴/۴ درصد مادران، ۵۴/۷ درصد دوستان و ۳۳/۳ درصد شوهران زایمان طبیعی را روش مناسب‌تری می‌دانستند. در گروه سزارین انتخابی ۳۰/۲ درصد پزشکان، ۴۱/۹ درصد مادران، ۲۰/۹ درصد دوستان و ۱۴ درصد شوهران زایمان طبیعی را مناسب‌تر می‌دانستند.

رابطه آماری معنی‌دار بین سن، تحصیلات و شغل مادران با آگاهی، نگرش، ارزیابی نتایج و کنترل رفتاری درک شده

بیشتر بررسی‌ها بر زنان باردار بوده‌است.

جدول ۳ میانگین نمره ارزیابی نتایج و کنترل رفتار درک شده را نشان می‌دهد که مانند دو متغیر دیگر نمره آنها نیز در گروه سزارین انتخابی پایین‌تر است. با وجود این که گروه سزارین انتخابی نسبت به دو گروه دیگر تحصیلات بالاتری داشتند؛ کم‌بودن نمره‌های آگاهی، نگرش، ارزیابی نتایج و کنترل رفتار درک شده در این گروه نیاز به بررسی بیشتری دارد و با توجه به این که در گروه سزارین به دلایل پزشکی میانگین نمره‌ها نزدیک یا بالاتر از میانگین نمره زایمان طبیعی است آیا می‌توان نتیجه گرفت که در صورت نداشتن دلایل پزشکی این گروه نیز تصمیم به زایمان طبیعی می‌گرفتند؟

در مطالعه ما با مقایسه چهار متغیر تنوری رفتار برنامه‌ریزی شده نشان داده شد که میانگین نمره آگاهی از متغیرهای دیگر در هر سه گروه زایمانی کمتر و میانگین نمره نگرش در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین نسبت به سه متغیر دیگر بیشتر بوده‌است. نتایج مطالعه‌ای در سنگاپور نشان داد که میزان آگاهی و نگرش زنان در مورد عوارض زایمان طبیعی و سزارین عموماً پایین است (۲۳). پایین بودن آگاهی و نگرش مادران در گروه سزارین انتخابی می‌تواند به علت حاضر نشدن آنها در کلاس‌های آمادگی زایمان و همچنین تشکیل نشدن این کلاس‌ها یا معتبر نبودن منابع کسب اطلاعات در مورد روش‌های زایمانی باشد. با توجه به نتایج، نیاز به افزایش میزان آگاهی و تغییر نگرش زنان در زمینه زایمان طبیعی دیده می‌شود و خود نشان‌دهنده لزوم تعیین خط مشی در سیستم بهداشتی - درمانی برای ترغیب زنان به زایمان طبیعی می‌باشد.

نمرات آگاهی، نگرش و ارزیابی نتایج در بین شرکت‌کنندگان در این مطالعه، با میزان تحصیلات، سن و شغل رابطه معنی‌دار آماری نداشت. یافته‌های این مطالعه با نتایج بررسی‌های انجام شده در این زمینه نیز هم‌خوانی دارد (۱۸ و ۲۴) در حالی که فیشر (Fisher) و همکاران معتقدند علاوه بر سن، میزان تحصیلات، وضعیت مالی، فرهنگ و شخصیت بالای مادران از عوامل موثر در افزایش مداخله مامایی در زایمان از جمله درخواست سزارین محسوب می‌شود (۲۵).

در زمینه هنجارهای انتزاعی در این تحقیق، مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات برای نحوه زایمان در هر سه گروه زایمانی از نظر زنان، پزشک معالج بود و در مرتبه‌های بعدی مادرانشان، دوستان، شوهر، کتاب، کارمندان بهداشتی و رسانه‌ها قرار داشتند. در تحقیقی از فرجی و همکاران در مورد آگاهی و نگرش نسبت به روش‌های زایمانی منبع کسب اطلاعات برای زنان به ترتیب دوستان، مطالعه شخصی، مراکز بهداشت، روزنامه‌ها و در انتها پزشک بود (۱۲) که این نتایج با مطالعه ما که پزشک در درجه اول قرار داشت همخوانی ندارد.

در گروه سزارین به دلایل پزشکی و سزارین انتخابی مادران بیشترین پیشنهاد را به فرد برای زایمان طبیعی داشتند. همچنین، در مطالعه مشابهی از شریفی راد، مادران و دوستان بیشترین پیشنهاد را برای زایمان طبیعی داشتند (۱۸). هاپکینز (Hopkins) (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای با هدف تعیین نگرش زنان نسبت به زایمان طبیعی و سزارین نشان داد که ۶۷ درصد سزارین‌ها به علت غیرواقعی و به توصیه پزشک و پرستار انجام می‌شود (۲۶). همچنین، نتایج مطالعه‌ای در ایران در مورد پیشنهاد پزشک برای سزارین انتخابی حاکی از آن است که ۶۵ درصد موارد پیشنهاد پزشک به دلیل غیرموجه و غیرپزشکی بوده و هیچ اندیکاسیون پزشکی برای انجام آن وجود نداشته‌است (۲۷). در تحقیق ما در گروه سزارین انتخابی ۳۷/۲ درصد از سزارین‌ها با پیشنهاد پزشک انجام شده بود.

همچنین، در انگیزه برای اطاعت، در هر سه گروه زایمانی پزشک مهم‌ترین فرد و در زایمان طبیعی شوهر، مادر و کارمندان بهداشتی در مرتبه‌های بعدی قرار داشتند در حالی که در دو گروه دیگر شوهر، دوستان و مادر به ترتیب به عنوان عامل انگیزشی برای اطاعت محسوب می‌شدند. نتایج با مطالعه انجام شده در این زمینه رابطه نزدیک دارد به‌طوری‌که مطالعه شریفی‌راد نشان داد انگیزه برای اطاعت در مادران باردار در درجه اول پزشک سپس شوهر، مادر، دوستان و کارمندان بهداشتی بوده‌اند (۱۸).

می‌توان گفت میزان دخالت پزشک در افزایش سزارین طی دهه‌های گذشته به حدی بوده‌است که برخی محققان، مهم‌ترین علت در تصمیم به سزارین را داوری پزشک و شرایط محیطی حاکم بر آن دانسته‌اند و نه شرایط زایمانی

سزارین و ۲۰ درصد احتمالاً قصد سزارین داشتند (۱۸). سازمان بهداشت جهانی فقط ۱۵-۱۰ درصد موارد سزارین به دلایل پزشکی را موجه می‌داند، با توجه به بالا بودن میزان سزارین در ایران و نیز درصد بالای آن در استان گیلان از جمله در شهر رشت و از آنجایی که میزان آگاهی، ارزیابی نتایج رفتار، نگرش و کنترل رفتار درک شده در زنان مورد بررسی این شهر در حد متوسط بوده، راهکارهای مناسبی همچون آموزش به زنان باردار و دختران جوان بر اساس تئوری‌ها و مدل‌های رفتاری از جمله تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، مشاوره با خانواده‌ها از طریق مراکز بهداشتی و رسانه‌ها پیشنهاد می‌شود.

بیمار (۲۹-۲۸). پس لازم است به طور جدی بر عملکرد پزشکان و دلایل ذکر شده توسط آنان در مورد مشکلات زایمان طبیعی بررسی‌های انجام بیشتری شود تا شاید بتوان با اتخاذ راهکارهای مناسب میزان سزارین را در ایران کاهش داد. در مورد قصد برای انتخاب روش زایمان در گروه زایمان طبیعی و سزارین به دلایل پزشکی بیشتر مادران به طور قطع قصد زایمان طبیعی را داشتند اما در گروه سزارین انتخابی ۷۲/۱ درصد مادران قصد قطعاً سزارین را داشتند (۳۱ درصد از کل جمعیت). در این راستا شریفی‌راد و همکاران گزارش دادند که در قصد انجام زایمان فقط ۷ درصد آنها قطعاً قصد

منابع

1. Cunningham FG, Leveno K, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap L, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22th ed. New York; Mc Graw Hill, 2005.
2. Jackie T. Should Elective Cesarean Birth Is An Accepted Option For Woman?. JPNN 2005; 10(1):4-6.
3. Report Project Monitoring and Evaluation of Reproductive Health. Isfahan; Isfahan Provincial Health Center 2005; 5-1. [Text in Persian]
4. Report Project Monitoring and Evaluation of Reproductive Health. Rasht; Guilan Provincial Health Center, 2008. [Text in Persian].
5. Morrison J, Mackenzie IZ. Cesarean Section on Demand. Seminars in Perinatology 2003; 27(1) 20-33.
6. Althabe F, Belizan JF. Caesarean Section: The Paradox. Lancet 2006; 368:1472-3.
7. Klein M. Obstetrician's Fear Of Childbirth: How Did It Happen?. Birth 2005; 32(3):207-209.
8. Gamble J, Creedy D, McCourt C, Weaver J, Beake S. A Critique of the Literature on Women's Request For A Cesarean Section. Birth 2007; 34(4): 331 -340.
9. Stoll K, Fairbrother N, Carty E, Jordan N, Miceli C, Vostreil Y, Willihnganz L. It's All the Rage These Days: University Students' Attitudes Toward Vaginal and Cesarean Birth Birth 2009; 36(2):133-140.
10. Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Frè M, Cuttini M. Cesarean Delivery On Maternal Request: Can The Ethical Problem Be Solved by The Principles Approach? BMC Medical Ethics 2008; 9(11):1-8.
11. Sasito T, Halmesmaki E. Fear of Childbirth: A Neglected Dilemma. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82: 201- 208.
12. Faraji F, Zahiri Z, Farjad F. Survey Rate Knowledge and Attitude of Pregnant Women toward Delivery Methods. Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences 2003; 12(46): 69-75. [Text in Persian]
13. Brown K M. Theory of Reasons Action/ Planned Behavior Overview. University of South Florida, 1999; retrieved Feb 26, 2010, from <http://hsc.usf.edu/i km brown/research.htm>
14. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. Organ Behav Hum Decis Process 1991; 50, 179-211.
15. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education: Theory Research and Practice. Philadelphia; Wiley, John & Sons, 2008.
16. Butler T. Principles of Health Education and Health Promotion. 2nd Ed. ; Morton Publishing Company, 2001.
17. Fathyian Z, Sharifirad GR, Hasanzadeh A, Fathyian Z. The Effect of Education on Knowledge, Attitude And Function in Pregnant Women Than Normal Vaginal Delivery, According To The Behavioral Intention Model in Khomainy-Shahr. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences (Tabib Sharg) 2007; 9(2):123- 131. [Text in Persian]
18. Sharifirad GH, Fathyian Z, Tirani M, Mahaky B. Perspective of Pregnant Women than Vaginal Delivery and Cesarean Section Based on Behavioral Intention Model. Journal of Ilam University of Medical Sciences 2007; 15(1): 19 -23. [Text in Persian].
19. Yarandy F, Rezaie Z, Eftekhari Z, Saadat H, Ansari Jafari M. Knowledge and Attitude of Pregnant Women to Methods of Birth In Patients Referred To Health Centers In Tehran In 1999. Journal of Medical Faculty of Guilan University 2003; 14(42): 15 -21. [Text in Persian]

20. Mostafazadeh F, Mashofi M, Rostamnezad M. Attitude of Pregnant Women toward Cesarean and Vaginal Deliveries in Ardabil. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2007; 6(4): 403-408. [Text in Persian].
21. Negahban T, Ansari A, Kazemi M. Preferred Method of Delivery and Its Risk Factors, from the Viewpoint of Pregnant Women- Care Centers and Private Clinics in Rafsanjan. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2006; 5(3): 161-168. [Text in Persian]
22. Seyed Noori T, Jamshidi Aranaki F. Survey The Relationship Between Knowledge and Attitude of Pregnant Women Requesting Cesarean Section Referred to Rasht Health Center and Their Choice Reasons. *Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences* 2006; 15(59): 69-75. [Text in Persian].
23. Chong E S Y, Mongelli M. Attitude of Singapore Women toward Cesarean and Vaginal Deliveries. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 80:189-1.
24. Ali B, Motamedi B. Knowledge and Attitude of Pregnant Women to Pregnancy Termination Methods. *Journal of Midwifery and Women's Infertility* 2001; 3 (5-6): 43-50. [Text in Persian].
25. Fisher J, Smith A, Astbary J. Private Health Insurance and a Healthy Personality: New Risk Factor for Obstetric Intervention. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16:1-3.
26. Hopkins K. Are Brazilian Women Really Choosing To Deliver By Cesarean?. *Soc Sci Med* 2001; 51:725-40.
27. Alimohammadian M, Shriat M, Mahmoodi M, Ramezanzadeh F. Choice of Delivery In Tehran and Some Related Factors. *Journal of Family and Reproductive Health* 2007; 2(1): 85-81. [Text in Persian]
28. Anderson GM. Making Sense of Rising Caesarean Section Rates. *BMJ* 2004; 329: 696-7.
29. Singer A. Mandatory Regular Meeting of Hospital Staff Would Complement Medical Audit and Revalidation. *BMJ* 2000; 320:1072.

Women's Attitudes toward Elective Delivery Mode Based on the Theory of Planned Behavior

*Moeini B.(Ph.D.)¹- Besharati F.(M.Sc.)¹- Hazavehei S.M.M.(Ph.D.)¹- Moghimbeigi A. (Ph.D.)¹

***Corresponding Address:** Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, IRAN

Email: hazavehei@umsha.ac.ir

Received: 25/Oct/2010 Accepted: 28/Feb/2011

Abstract

Introduction: Cesarean section (CS) delivery is more risky than normal vaginal one for both mothers and neonates. However, due to various reasons, the rate of CS is rising unfortunately. Unawareness and unfounded attitudes are among the more common reasons for this increasing rate of CS.

Objective: To survey women's attitudes toward elective delivery mode based on the Theory of Planned Behavior (TPB) in Rasht, northern Iran.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study was carried out with 207 women referred to health centers in Rasht, using cluster sampling, in winter 2010. Questionnaires were used to collect the respective data which were analyzed by SPSS -13.

Results: Findings showed that 43% of the women have had normal vaginal delivery, 36.2% caesarean section for medical reasons and 20.7% elective cesarean section. In the elective cesarean section group, the mean scores of knowledge, attitude, evaluation result and perceived behavioral control were 42.56, 55.87, 60.33 and 47.28, respectively. The tendency of more than 70% of the women was CS absolutely while the two other groups favored normal delivery. All the three groups support the physician as the best source to consult for the selection of delivery mode.

Conclusion: As demonstrated, the mean scores of knowledge, attitude, evaluation result and perceived behavioral control for the women with elective cesarean section were lower than the corresponding scores for the two other groups. Since the majority of the women in the study were primiparous, appropriate strategies including training programs for pregnant women and young girls based on behavioral theories and models such as TPB, and counseling with families, arranged by health centers and the mass media can be suggested.

Key words: Attitude/ Awareness/ Cesarean Section/ Natural Childbirth/ Pregnant Women

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 79, Pages: 68-76