

تدوین مداخله اختصاصی شده برای ترویج زایمان طبیعی در زنان باردار نخست‌زا: یک مطالعه تکوینی

دکتر محسن شمس^۱، دکتر علی موسوی زاده^۲، دکتر سعادت پرهیزکار^۳، مصطفی ملکی^{۴*}،
پروین عنقا^۵

۱. دانشیار گروه آموزش و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.
۲. استادیار گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.
۳. دانشیار گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش و ارتقای سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.
۵. کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۰۸

خلاصه

مقدمه: با وجود اینکه انجام سزارین در شرایط خاص می‌تواند نجات‌بخش مادر و نوزاد باشد، ولی دارای عوارض قابل توجهی است. کاهش سزارین در بین زنان باردار نخست‌زا یکی از بهترین راهکارهای کاهش میزان سزارین است. لذا مطالعه حاضر با هدف طراحی مداخله اختصاصی برای ترویج زایمان طبیعی در بین زنان باردار نخست‌زا انجام شد.

روش کار: این مطالعه تکوینی به منظور طراحی مداخله مبتنی بر الگوی ابزار سنجش و پاسخ بازاریابی اجتماعی برای کاهش سزارین در زنان باردار نخست‌زا در تابستان سال ۱۳۹۴ در شهرستان بویراحمد انجام شد. داده‌های مطالعه کیفی از طریق مصاحبه فردی و بحث گروهی متمرکز و داده‌های پیمایش کمی به کمک ابزار سنجش سازه‌های الگوی رفتار برنامه‌ریزی شده جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. داده‌های کیفی با روش تحلیل محتوا و به صورت دستی و داده‌های کمی با استفاده از آماره‌های توصیفی معمول، رگرسیون لجستیک، آزمون کای اسکوئر و من ویتنی تحلیل شدند.

یافته‌ها: در بخش کیفی، مهم‌ترین موانع زایمان طبیعی ناخوشایند بودن فضای زایشگاه، ترس، توصیه دیگران، تجربه بد از زایشگاه و آگاهی پایین زنان، و اصلی‌ترین مداخلات پیشنهادی برای افزایش زایمان طبیعی شامل: آموزش، مشاوره و خوشایندسازی زایمان طبیعی بود. در بخش کمی، ۳۹ نفر (۲/۲۵٪) از زنان قصد انجام سزارین داشتند. میانگین میان چارکی نگرش 18 ± 4 ، هنجارهای ذهنی $16/5 \pm 3$ و کنترل رفتاری درک شده 16 ± 3 بود. مهم‌ترین پیشگویی‌کننده‌های انتخاب نوع زایمان نگرش، هنجارهای ذهنی، محل سکونت و شغل همسر بودند.

نتیجه‌گیری: برای تدوین مداخله اختصاصی اثربخش با هدف ترویج زایمان طبیعی در بین زنان باردار نخست‌زا باید نیازها و خواسته‌های آن‌ها را در نظر گرفت. آموزش، ارائه مشاوره‌های تلفنی و انجام مداخلات مختصر به‌وسیله پزشکان و ماماها در مراکز بهداشتی درمانی اجزاء اصلی یک مداخله اختصاصی می‌باشند.

کلمات کلیدی: زایمان طبیعی، زنان باردار نخست‌زا، مداخله، مطالعه تکوینی

* نویسنده مسئول مکاتبات: مصطفی ملکی؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران. تلفن: ۳۳۲۲۶۸۵۰

۰۰۷۴، پست الکترونیک: mostafamaleki24@gmail.com

مقدمه

سزارین یکی از اعمال جراحی شایع در جهان است که با هدف کاهش عوارض تولد برای مادر و نوزاد انجام می‌شود. با وجود این که این عمل در شرایط خاص می‌تواند نجات‌بخش مادر و نوزاد باشد، ولی دارای عوارض قابل توجهی است. همچنین سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده است که در هیچ نقطه‌ای از جهان نباید میزان انجام سزارین بیشتر از ۱۵-۱۰٪ باشد (۱). در آمریکا، کانادا و استرالیا این میزان ۳۰٪ و در ایتالیا ۳۹٪ است (۲، ۳). در ایران به طور متوسط ۴۸٪ از زایمان‌ها با روش سزارین انجام می‌شود (۴).

درباره مرگ‌ومیر و عوارض ناشی از سزارین برای مادر و نوزاد، نگرانی‌هایی مطرح شده است. عوارض مادری شامل: عفونت‌های پس از زایمان، آمبولی، خونریزی، مشکلات تنفسی در نوزاد و افزایش میزان بستری نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان است (۵-۷). میزان مرگ‌ومیر مادر در اثر سزارین انتخابی ۲ تا ۳ برابر بیشتر از زایمان طبیعی است (۸) و تعداد سال‌های از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودرس و ناتوانی (DALY)^۱ برای سزارین ۲۰/۶ سال و برای زایمان طبیعی ۸/۸ سال به ازای هر ۱۰۰۰ مورد زایمان است (۹). هزینه‌های مالی سزارین‌های انتخابی^۲ که به نظام ارائه خدمات سلامت در جهان و ایران تحمیل می‌شود، قابل توجه است. در سال ۲۰۰۸ هزینه مالی پیش‌بینی شده برای سزارین در کل جهان برابر با ۴۳۲ میلیون دلار بوده، در حالی که در آن سال ۲/۳۲ میلیارد دلار برای سزارین هزینه شده است و برآورد می‌شود که کاهش سزارین به ۱۵٪، ۱۰۸،۴۹۵،۲۱۷ دلار برای کشور ایران صرفه اقتصادی خواهد داشت (۱۰).

با توجه به حساسیت و اهمیت مراقبت از سلامت مادران باردار و نوزادان به عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر (۱۱)، هم‌چنین عوارض ناشی از سزارین برای مادر و نوزاد، اتخاذ راهبرد مناسب و اثربخش برای کاهش سزارین ضروری به نظر می‌رسد. اقدامات متنوعی که تاکنون برای کاهش انجام سزارین انجام شده است

شامل: تدوین دستورالعمل‌های بالینی و اجرای آن در بیمارستان، جلب حمایت رهبران فکری برای تشویق زنان باردار به انجام زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی، مشاوره‌های قبل از سزارین، برگزاری کلاس‌های تن‌آرامی و آمادگی برای زایمان، اجرای مداخلات چندوجهی (آموزش پرسنل و متخصصان زنان، آموزش زنان باردار و نظارت بر عملکرد متخصصان و جراحان زنان) (۱۳)، جویا شدن نظر متخصص دوم و حتی متخصص سوم در مورد تجویز سزارین (۱۴، ۱۵)، ترویج زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی (۱۶)، مناسب‌سازی اندیکاسیون‌های پزشکی سزارین (۱۷)، ارائه مشوق‌هایی برای زایمان طبیعی، محدود کردن موارد تقاضاهای القایی^۳ برای سزارین، بهبود مدیریت زایمان‌های سخت، و پایش وضعیت ضربان غیرطبیعی قلب جنین (۱۸) می‌باشد. عوامل رفتاری بیشترین نقش را در شیوع بالای سزارین دارد (۴). از طرف دیگر نیز ابلاغ و اجرای دستورالعمل و پروتکل‌های بالینی کاهش سزارین را تضمین نمی‌کند (۱۹).

به نظر می‌رسد بیشتر اقدامات انجام شده با هدف افزایش موارد زایمان طبیعی از نوع مداخلات آموزشی و یا اجبارهای قانونی بوده است و کمتر به بازاریابی اجتماعی توجه شده است. علاوه بر این در طراحی، اجرا و ارزشیابی مداخلات کاهش سزارین، کمتر به خواسته‌ها و نیازهای زنان باردار به عنوان گروه هدف اصلی این مداخلات توجه می‌شود؛ به‌گونه‌ای که پیام‌های مداخلات متناسب با خواسته‌ها و نیازها و اختصاصی شده برای آن‌ها نیست. برای کاهش زایمان سزارین بویید پیشنهاد می‌کند که باید به طور دقیق ریشه‌های فرهنگی شیوع بالای سزارین را پیدا کرد و با کمک آن پیام‌های واضح، مختصر و متناسب با خواسته‌های گروه هدف تهیه و ارائه کرد (۲۰). برخی مطالعات نشان داده‌اند که افزایش سزارین در بین زنان باردار نخست‌زا و سزارین قبلی، از علل اصلی افزایش سزارین در جهان است (۳، ۴، ۱۶). ۸۹/۴٪ از سزارین‌ها به دلیل سزارین قبلی است (۲۱)، بنابراین برای کاهش سزارین باید مداخلات اثربخش با دقت و

¹ Disability Adjusted Life Years

² Elective Cesarean

³ Induced Demands

بازاریابی اجتماعی برای تدوین استراتژی‌های تغییر رفتار کشاورزان برای استفاده از وسیله محافظ تنفسی و استفاده از مطالعه تکوینی برای تدوین مداخله رفتاری برای ترغیب زنان روستایی به انجام ماموگرافی از جمله این مطالعات هستند (۲۹-۲۵). مطالعه حاضر با هدف تدوین یک مداخله اختصاصی شده مبتنی بر الگوی بازاریابی اجتماعی برای ترویج زایمان طبیعی در بین زنان باردار نخست‌زای شهرستان بویراحمد انجام شد.

روش کار

این مطالعه تکوینی (یک مطالعه کیفی و یک پیمایش کمی) به منظور طراحی مداخله مبتنی بر الگوی ابزار سنجش و پاسخ بازاریابی اجتماعی (SMART)^۳ برای کاهش سزارین در زنان باردار نخست‌زا در تابستان سال ۱۳۹۴ در شهرستان بویراحمد انجام شد. از آنجا که ابزارهای کمی توان استخراج همه دیدگاه‌های مخاطبان و دستیابی به نتایج مورد نظر در مطالعه تکوینی را ندارند، از مطالعه کیفی به همراه پیمایش کمی استفاده شد. در مطالعه حاضر ابتدا مطالعه کیفی سپس مطالعه کمی انجام شد که در ادامه به توضیح هر یک پرداخته می‌شود.

الف- مطالعه کیفی: مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای جهت‌دار بر اساس الگوی بازاریابی اجتماعی بود و محورهای اصلی آن شامل: منافع و موانع انجام زایمان طبیعی، راهکارهای ترویج زایمان طبیعی، افراد تأثیرگذار بر انتخاب نوع زایمان و مکان‌ها و روش‌های مناسب برای ارتباط با زنان باردار و انتقال محتوای مداخله ترویج زایمان طبیعی به آن‌ها بود. داده‌های این بخش از مطالعه با استفاده از روش مصاحبه فردی با ۱۲ نفر از افراد کلیدی (۱۰ نفر ماما و ۲ نفر متخصص زنان) در فرآیند ارائه خدمات به زنان باردار و نیز برگزاری چهار جلسه بحث گروهی متمرکز با حضور ۳۷ زن باردار نخست‌زا انجام شد. این زنان در بخش کمی مطالعه حضور نداشتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها سؤالات نیمه ساختارمند طراحی شده با تأکید بر آمیزه بازاریابی اجتماعی بود. شرکت‌کنندگان برای مصاحبه فردی به صورت هدفمند و

حساسیت بالا را در بین زنان باردار نخست‌زا طراحی و اجرا کرد.

بازاریابی اجتماعی در کنار آموزش و قانون سه راهکار عمده تغییر رفتار به شمار می‌رود. این دیدگاه می‌تواند برای افزایش دادن منافع، کاستن از موانع، ایجاد انگیزه یا تغییر فرصت‌ها برای انجام رفتاری خاص به کار رود. در مخاطبینی که با یک موقعیت رقابتی روبرو هستند و علی‌رغم آموزش دیدن در زمینه رفتار هدف، به دلیل موقعیت رقابتی، به سوی رفتار رقیب تمایل پیدا می‌کنند، استفاده از این دیدگاه مؤثر خواهد بود. برخلاف مخاطبان برنامه‌های اجبار (قانون) که با لجاجت در مقابل رفتار مطلوب مقاومت نشان می‌دهند، در این گروه انتخاب آگاهانه رفتار هدف خواهد بود (۲۲).

مطالعه تکوینی^۱ برای آزمون مفاهیم، تولید محصول یا پیام و پیش آزمون مواد و محصولات مداخله در بین گروه هدف اختصاصی استفاده می‌شود (۲۲). استفاده از مطالعه تکوینی برای تدوین مداخله اختصاصی شده^۲ برای گروه هدف مشخص می‌تواند ابزاری مفید برای اطمینان از اثربخش بودن و تناسب پیام‌های برنامه با گروه مخاطب باشد (۲۳). اختصاصی‌سازی مداخله را "هرگونه ترکیبی از اطلاعات یا راهکارهای تغییر که با هدف رساندن به یک فرد خاص و بر اساس ویژگی‌های آن فرد خاص، مرتبط با نتایج مورد علاقه و بر گرفته از سنجش آن فرد باشد"، تعریف می‌کنند (۲۴). در مطالعات بسیاری از مطالعه تکوینی استفاده شده است که یک مداخله اختصاصی شده متناسب با خواسته‌ها و نیازهای گروه هدف مشخص تدوین شود. استفاده از مطالعه تکوینی برای تدوین کمپین بازاریابی اجتماعی با هدف افزایش آگاهی سالمندان از بیماری آسم، استفاده از مطالعه تکوینی برای طراحی پیام‌های اختصاصی با هدف ترویج استفاده از واکسن پاپیلومای انسانی در بین نوجوانان آمریکایی آفریقایی تبار و والدین آن‌ها، استفاده از مطالعه تکوینی برای طراحی مداخله مبتنی بر مدارس با هدف پیشگیری از چاقی در بین دانش آموزان مکزیکوسیتی، بکارگیری مطالعه تکوینی مبتنی بر

¹ Formative Research

² Tailored Intervention

³ Social Marketing Assessment And Response Tool

بر اساس متغیرهای سابقه‌کار در زایشگاه، سابقه ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی و داشتن مطب انتخاب شدند. زمان و مکان انجام مصاحبه طبق نظر شرکت‌کنندگان مشخص شد. در ابتدای هر مصاحبه پس از بیان هدف از انجام مصاحبه، رضایت مصاحبه‌شوندگان برای انجام مصاحبه و ضبط مکالمات جلب شد. فقط دو نفر از مصاحبه‌شوندگان برای ضبط مکالمات رضایت نداشتند که در این دو مورد مصاحبه‌کننده از محتوای مصاحبه یادداشت‌برداری کرد. پس از انجام ۱۰ مصاحبه، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که دیگر به یافته‌ها و داده‌های جدیدی دست نمی‌یابند، ولی برای اطمینان از این کار دو مصاحبه دیگر انجام شد. در انتهای هر مصاحبه از مصاحبه‌شوندگان پرسیده شد که آیا موضوع دیگری وجود دارد که مایل باشند درباره آن صحبت کنند. هر مصاحبه به طور متوسط یک ساعت طول کشید. پس از پایان یافتن مصاحبه‌ها مکالمات ضبط شده به دقت توسط مصاحبه‌کننده مرور شد سپس به فایل متنی تبدیل و آماده تحلیل شد.

برای اطلاع از دیدگاه‌های مخاطبان برنامه، زنان باردار نخست‌زا به صورت هدفمند و بر اساس متغیرهای محل سکونت (شهر و روستا) و سطح تحصیلات (غیردانشگاهی و دانشگاهی) برای شرکت در جلسات بحث گروهی متمرکز انتخاب شدند. جلسات در مرکز بهداشتی درمانی نزدیک به محل سکونت زنان باردار برگزار شد تا موانع کمتری برای شرکت در جلسات داشته باشند. ساعت برگزاری جلسات ۹-۱۱ صبح بود. پس از انتخاب زنان باردار با آن‌ها تماس تلفنی گرفته شد و برای شرکت در جلسات دعوت شدند. در هر جلسه بین ۹ تا ۱۲ نفر از زنان باردار و یک نفر به عنوان مدیر جلسه و یک نفر به عنوان تسهیل‌گر حضور داشتند. در ابتدای هر جلسه، هدف از برگزاری جلسه بیان شد و زنان شرکت‌کننده رضایت کتبی خود برای شرکت در جلسه و ضبط گفتگوها را بیان کردند. در مجموع چهار جلسه بحث گروهی با حضور ۳۷ نفر از زنان باردار انجام شد. پس از اتمام جلسات به تمام مکالمات ضبط شده به دقت گوش داده شد و به فایل متنی تبدیل شدند. به ترتیب از

سؤالات نیمه ساختارمند برای بحث گروهی متمرکز با زنان باردار استفاده شد.

تحلیل داده‌های کیفی به کمک روش تحلیل محتوا و به صورت دستی انجام شد. ابتدا فایل‌های صوتی به فایل متنی تبدیل شد. این فایل‌ها چندین بار با دقت و با هدف به دست آوردن درک کلی از متن خوانده شد، جملاتی که پاسخ سؤالات مطرح شده بود مشخص شد و به مفاهیم اصلی در هر یک از این جملات یک مضمون داده شد. در مرحله بعد این مضامین با یکدیگر مقایسه شدند تا مضامین اصلی و زیر مضامین مشخص شود. سپس مضامین اصلی و زیر مضامین چندین بار به دقت بازخوانی شد تا مضامین اصلی با معنای مشابه با یکدیگر دسته‌بندی شوند و طبقات را تشکیل دهند.

ب- مطالعه کمی: مطالعه کمی از نوع مقطعی و جامعه مورد مطالعه تمام زنان باردار نخست‌زای شهرستان بویراحمد بودند که دارای پرونده مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی بوده و در ماه ۳ و ۴ بارداری قرار داشتند. زنانی که در حین انجام مطالعه محل سکونت خود را تغییر دادند و یا به هر دلیلی به بارداری خود خاتمه دادند، از مطالعه خارج شدند. بر اساس فرم طراحی شده، اطلاعات مورد نیاز زنان باردار عبارت بودند از: نام مرکز بهداشتی درمانی، نام و نام خانوادگی، سن، سن بارداری، محل سکونت، شماره تماس، سطح تحصیلات زن باردار و همسر وی و تاریخ پیش‌بینی شده زایمان. با توجه به اینکه شهرستان بویراحمد دارای ۲۳ مرکز بهداشتی درمانی است و پراکندگی جغرافیایی این مراکز بسیار زیاد است، از دو روش برای گردآوری داده‌های اولیه این زنان استفاده شد: مراجعه حضوری به مراکز بهداشتی درمانی شهری و نزدیک شهر و مصاحبه تلفنی با ماماها و بهورزان سایر مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت. در مراجعه حضوری به مراکز، داده‌های مورد نیاز از پرونده مراقبت‌های دوران بارداری زنان استخراج شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. با تحلیل داده‌های این بخش از مطالعه مشخص شد که در هر یک از مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بویراحمد چند نفر زن باردار نخست‌زا وجود دارد. با

(۳۹٪) دارای مدرک تحصیلی دانشگاهی بودند. ۲۹ نفر (۸۰٪) از آن‌ها خانه‌دار، ۶ نفر (۱۷٪) کارمند و ۲ نفر (۳٪) دانشجو بودند. محدوده سنی ارائه‌دهندگان خدمات که در مصاحبه‌ها شرکت کردند، ۵۰-۲۵ سال بود. ۱۰ نفر (۸۳/۳٪) از آن‌ها دارای مدرک لیسانس مامایی و ۲ نفر (۱۶/۷٪) متخصص زنان و زایمان بودند. همه آن‌ها سابقه کار در زایشگاه بیمارستان را داشتند.

قبل از شروع بحث اصلی از شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی خواسته شد تا نظر خود را در مورد وضعیت زایمان طبیعی و سزارین در استان بویراحمد بیان کنند. اکثر زنان شهری معتقد بودند که سزارین در استان و به ویژه در شهر یاسوج زیاد است. اما به نظر زنان روستایی، زایمان طبیعی در استان بیشتر از سزارین انجام می‌شود. نظرات، دیدگاه‌ها و تجارب زنان باردار نخست‌زا و ارائه‌دهندگان خدمات به آن‌ها به پنج دسته اصلی و ۳۰ دسته فرعی دسته بندی شد.

۱) منافع زایمان طبیعی: در این بخش سه دسته اصلی فواید مربوط به مادر، فواید مربوط به نوزاد و سایر فواید شکل گرفت. خونریزی کمتر، فراموشی سریع درد بعد از زایمان، برگشت سریع‌تر به زندگی عادی، حفظ تناسب اندام و از بین رفتن سریع‌تر چربی اضافی دور شکم فواید مربوط به مادران با انجام زایمان طبیعی بود. زن بارداری چنین می‌گفت: "میگن با زایمان طبیعی خون کمتری از بدن خارج میشه". برخی از زنان فراموشی سریع درد زایمان را مطرح می‌کردند. زن بارداری می‌گفت: "درد شدید داره ولی تو طبیعی همون لحظه درد داره دختر خاله‌ام طبیعی زایمان کرده بود و عصر همون روز تو خیابون دیدمش خیلی راحت بود". مصاحبه‌شونده دیگری چنین می‌گفت: "با زایمان طبیعی اندامت به هم نمیخوره زایمان طبیعی خیلی خوبه حالت اولیه اندام خودتو حفظ می‌کنی".

مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که زایمان طبیعی باعث تغذیه سریع‌تر و بهتر نوزاد و موفقیت بیشتر در شیردهی می‌شود. همچنین باعث شکل‌گیری رابطه عاطفی بهتر بین نوزاد و مادر می‌شود. با انجام زایمان طبیعی، مادر بهتر می‌تواند از نوزاد خود مراقبت کند و این به شکل-گیری حس مادری کمک می‌کند. یکی از ارائه‌دهندگان

کمک اطلاعات این بخش برنامه‌ریزی‌های لازم برای تکمیل پرسشنامه و مطالعه کیفی انجام شد.

برای مشخص کردن وضعیت سازه‌های مربوط به رفتار انتخاب نوع زایمان از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده^۱ استفاده شد. روایی و پایایی این پرسشنامه قبلاً در مطالعه ای که توسط شهرکی ثانوی و همکاراندر سال ۱۳۹۳ در شهر زاهدان انجام شده بود، تعیین و تأیید شده بود (۳۰). پرسشنامه دارای بخش سؤالات فردی، ۲۱ سؤال سنجش سازه‌های نظریه (هر سازه ۷ سؤال)، یک سؤال در مورد افراد تأثیرگذار در انتخاب نوع زایمان و یک سؤال مربوط به قصد انتخاب نوع زایمان بود. سؤالات نگرش و کنترل رفتاری درک شده به صورت طیف سه قسمتی لیکرت (موافقم، نظری ندارم و مخالفم) و سؤالات هنجارهای ذهنی به صورت موافقم و مخالفم بود. با مراجعه حضوری پژوهشگر به تمام مراکز و خانه‌های بهداشت شهرستان، پرسشنامه و فرم دریافت رضایت کتبی در اختیار ماماها و بهورزان قرار گرفت و نحوه تکمیل آن‌ها به صورت کامل به آن‌ها توضیح داده شد. سپس با زنان واجد شرایط ورود به مطالعه که اطلاعات آن‌ها در مرحله قبل مشخص شده بود، تماس تلفنی برقرار شد و از آن‌ها دعوت شد که برای تکمیل پرسشنامه به مراکز بهداشتی درمانی و یا خانه‌های بهداشت تحت پوشش خود مراجعه کنند. پس از مراجعه زنان و تکمیل فرم رضایت و پرسشنامه، تمام پرسشنامه‌ها از مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت جمع-آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و شاخص‌های پراکندگی و مرکزی، آزمون رگرسیون لجستیک، من ویتنی و کای اسکوئر انجام شد.

یافته‌ها

الف- مطالعه کیفی

محدوده سنی شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی متمرکز ۳۷-۱۸ سال بود. میانگین سن آن‌ها $24/31 \pm 4/32$ سال بود. ۲۲ نفر (۶۱٪) از شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی غیردانشگاهی و ۱۵ نفر

¹ Theory of Planned Behavior

خدمات که متخصص زنان بود معتقد بود که علاوه بر اینکه زایمان طبیعی هیچ منفعتی برای زن باردار ندارد، باعث آسیب‌های شدیدی به عضلات کف لگن نیز می‌شود. این متخصص زنان تمام مراجعه‌کنندگان خود را به انجام سزارین تشویق می‌کرد.

رایگان بودن زایمان طبیعی، عنوان یکی از منافع زایمان طبیعی بود که بیشتر زنان روستایی آن را مطرح می‌کردند. اما بیشتر زنان شهری اعتقاد دیگری داشتند. یکی از آن‌ها چنین می‌گفت: "اگره وضع اقتصادی مردم جواب می‌داد خیلی‌ها طبیعی انجام نمی‌دادند". برخی از ارائه‌دهندگان خدمات نیز معتقد بودند که با شروع طرح تحول سلامت و رایگان شدن زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی، استقبال خانواده‌ها به ویژه خانواده‌هایی که از وضعیت مالی خوبی برخوردار نیستند، از زایمان طبیعی بیشتر شده و این یکی از منافع زایمان طبیعی است. برخی از ارائه‌دهندگان خدمات معتقد بودند که با انجام زایمان طبیعی مدت زمان بستری مادر در بیمارستان کمتر می‌شود و آنان کمتر درگیر مراقبت از مادران پس از زایمان می‌شوند.

(۲) موانع انجام زایمان طبیعی: ناخوشایند بودن زایمان طبیعی در زایشگاه (برخورد و رفتار نامناسب با زنان، عدم حمایت و امنیت روانی زنان در زایشگاه)، ترس از زایمان طبیعی (درد زایمان، رسیدگی نامناسب، آسیب به مادر و نوزاد، نادانسته‌های زایمان طبیعی، آسیب به دستگاه تناسلی و از بین رفتن زیبایی آن)، توصیه‌های دیگران (تجربه بد زنان زایمان کرده از زایشگاه و انتقال آن به سایر زنان)، موانع مرتبط با زایشگاه (محیط فیزیکی نامناسب و شلوغی زایشگاه، نیروی انسانی کم و نامناسب، امکانات کم)، و سایر موانع مفاهیم فرعی بودند که در این بخش شکل گرفتند.

برخی از مصاحبه‌شوندگان بدرفتاری و برخورد نامناسب پرسنل زایشگاه را مانع انجام زایمان طبیعی می‌دانستند. زن بارداری چنین می‌گفت: "بعضیا که رفتن می‌گن پرستارای بخش زایشگاه خیلی بداخلاقتند، اغلب می‌گن به همین خاطره". یکی از ارائه‌دهندگان خدمات معتقد بود که: "تو زایشگاه امکانات و پرسنل کم هست و وقتی هم حجم کار زیاد بشه اخلاق ماماها بد میشه، حتی فحش

میدن کتک می‌زنن". یکی دیگر از ارائه‌دهندگان خدمات که خود در زایشگاه کار می‌کند با خنده می‌گوید: "خوب یکی از دلایل اینکه زن‌ها دوست ندارن زایمان طبیعی کنن اخلاق بد ماماها زایشگاه هست". برخی از مصاحبه‌شوندگان به آرامش‌بخش نبودن محیط زایشگاه اشاره می‌کردند. مصاحبه‌شونده‌ای چنین می‌گفت: "وقتی زن بارداری چه برای زایمان و یا برای کار دیگری به زایشگاه مراجعه می‌کند دچار ترس و بی‌قراری می‌شود و این تجربه بد خود از زایشگاه را به سایر زنان بیان می‌کند و آن‌ها به ویژه زنان نخست‌زا ذهنیت بدی به زایمان طبیعی پیدا می‌کنند". زن دیگری چنین می‌گفت: "ماماها خوب و مهربون نیستن و به زانو خیلی توجه نمی‌کنن". مصاحبه‌شونده دیگری چنین نظری داشت: "من خودم نرفتم ولی اون‌هایی که رفته بودند مثلاً می‌گن که اگر دردی باشه زیاد توجه نمی‌کنن".

ترس از زایمان طبیعی مفهومی بود که تمام زنان باردار و ارائه‌دهندگان خدمات، آن را یکی از دلایل اصلی می‌دانستند که باعث می‌شود زنان باردار، سزارین را برای تولد نوزاد خود انتخاب کنند. زن بارداری چنین می‌گفت: "من شنیدم می‌گن که زایمان اول ۲۴ ساعت درد داره، من اگر بخوام ۲۴ ساعت درد بکشم اونم دردی چندین برابر پرپود واقعاً وحشتناک و غیرقابل تحمله". یکی از ارائه‌دهندگان خدمات چنین می‌گفت: "عمده‌ترین علتش همین ترسه دیگه ترس از درد زایمان طبیعی". برخی از زنان باردار از رسیدگی و مراقبت نامناسب و آسیب به مادر و نوزاد در زایشگاه می‌ترسیدند. در این باره زن بارداری چنین می‌گفت: "من می‌ترسم مراقبت نکنن و بچه من سرش به جایی بخوره بچه هم مهمه، نکنه چیزیش بشه". زن دیگری می‌گفت: "من هر شب از ترس می‌گم نکنه من بمیرم یا بچه طوریش بشه".

از موانع دیگر که بیشتر در بین زنان باردار نخست‌زا یافت می‌شود ترس از آسیب به دستگاه تناسلی و از بین رفتن زیبایی آن بود. مصاحبه‌شونده‌ای که در مرکز بهداشت کار می‌کرد چنین نظری داشت: "بیشتر زنان نخست‌زا فکر می‌کنند در ساختار بدنی آن‌ها به خصوص در دستگاه تناسلی اختلال به وجود می‌آید و این روی رابطه جنسی آن‌ها اثر منفی دارد". عده‌ای از زنان باردار معتقد

آگاهی پایین زنان، مخالفت همسر با زایمان طبیعی، تبلیغات منفی علیه زایشگاه، حضور دانشجویان کارآموز در زایشگاه، و کم‌اثر بودن و گذرا بودن آموزش‌ها از دیگر موانعی بود که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند. بیشتر ارائه‌دهندگان خدمات آموزش‌های موجود را اثربخش نمی‌دانستند. یکی از مصاحبه‌شونده‌ها که در مرکز سلامت کار می‌کرد، چنین می‌گفت: "حجم مطالب برای آموزش بسیار زیاد و پراکنده است و چون نیرو کم داریم و مراجعه‌کننده زیاد هست، فرصت آموزش‌های کافی وجود ندارد". به نظر بیشتر مصاحبه‌شوندگان بعد از اجباری شدن زایمان طبیعی برخی از سزارین‌ها با اندیکاسیون‌های غیرواقعی انجام می‌شود.

۳) مداخلات پیشنهادی برای افزایش زایمان طبیعی: در این بخش چهار مفهوم فرعی آموزش (زنان باردار و ارائه‌دهندگان خدمات به آن‌ها)، مشاوره (زنان باردار و همسران آن‌ها)، خوشایندسازی زایمان طبیعی در زایشگاه (ترویج روش‌های زایمان بدون درد، برخورد مناسب با زنان باردار در زایشگاه، حمایت عاطفی از زنان باردار در زایشگاه، حضور همراه زانو در زایشگاه، استفاده از مامای همراه و توضیح فرآیند ارائه خدمات به زنان باردار در بدو ورود به زایشگاه) و بهبود وضعیت زایشگاه (اصلاح بخش فیزیکی زایشگاه، تأمین تجهیزات استاندارد برای زایشگاه و تأمین نیروی انسانی کافی و مجرب برای زایشگاه) شکل گرفت. آموزش و توانمندسازی زنان مفهومی بود که اکثر زنان باردار و ارائه‌دهندگان خدمات آن را پیشنهاد می‌کردند. در این باره زن بارداری چنین می‌گفت: "یه خانم رو آنقدر توانمند کنیم که خودش تصمیم‌گیری کنه". شرکت‌کننده دیگری می‌گفت: "بالا بردن سطح اطلاعات خانم‌ها خیلی مهمه، من اگر بدونم اطلاعاتم در مورد زایمان طبیعی کافی باشه، اون ترسم کمتر میشه. خدمات‌رسانی هم باشه من به هیچ عنوان سزارین رو انتخاب نمی‌کنم". زن بارداری دیگری می‌گفت: "برای مادرهای باردار در ماه‌های آخر حاملگی کلاس‌های حضوری برگزار کنند".

ارائه مشاوره‌های تلفنی راهکاری بود که از طرف یکی از زنان کارمند مطرح شد و مورد استقبال بیشتر زنان قرار گرفت. این زن باردار می‌گفت: "من وقت کافی برای

بودند که ترس آن‌ها ناشی از ندانستن آن‌ها در مورد زایمان طبیعی است و چون نمی‌دانند می‌ترسند. در این باره زن بارداری می‌گفت: "من حس میکنم بیشتر سردرگمی‌های ما بیشتر از همین ندونستنه نه قبل از زایمان را می‌دونیم نه حین زایمان و نه بعد از آن را". زن دیگری چنین می‌گفت: "میگم خدای من بچه به این بزرگی دهانه رحم به این تنگی چطور میشه؟ بعد میگم چه اتفاقی می‌افته؟ چطور زن رو بدون بی حسی بخیه می‌زنن؟ همش از ندونستن خودمه".

توصیه‌های دیگران از دیگر مفاهیم اصلی بود که به عنوان مانعی برای زایمان طبیعی مطرح شد. زن بارداری در این باره چنین می‌گفت: "هم مادرم و هم مادر شوهرم تو زایمانشون زجر کشیده‌اند میگن که نمی‌خواهیم تو زجر بکشی". مصاحبه‌شونده دیگری می‌گفت: "مثلاً به ما سفارش می‌کنن می‌گن اگر بتونین هزینه‌اش رو پرداخت کنید واسه سزارین بهتره از اینه که برین زایشگاه". در این باره یکی از ارائه‌دهندگان خدمات چنین می‌گفت: "اکثر اطرافیان به خصوص مادر دختر به خاطر اینکه نمی‌خواهند دخترشان درد بکشد، راضی به زایمان طبیعی دخترشان نمی‌شوند". تمام ارائه‌دهندگان خدمات معتقد بودند که موانع و مشکلات مربوط به زایشگاه باعث می‌شود که زایمان برای زنان ناخوشایند باشد. این زنان تجربه ناخوشایند خود را به سایر زنان و به خصوص زنان نخست‌زا انتقال می‌دهند و این باعث افزایش زایمان سزارین و ذهنیت بد زنان نسبت به زایشگاه می‌شود.

تمام مصاحبه‌شوندگان و بیشتر زنان باردار چندین بار در مورد شلوغی زایشگاه و نیروی انسانی نامناسب صحبت کردند. در این باره یکی از ارائه‌دهندگان خدمات چنین می‌گفت: "در اینجا هر مامایی ممکن است دو یا سه بیمار داشته باشد. ما افراد با سابقه کاری زیاد نداریم و بیشتر نیروهای ما طرحی هستند و تجربه ندارند". زن بارداری که برای انجام معاینه به زایشگاه مراجعه کرده بود چنین نظری داشت: "اصلاً محیطش برای زایمان طبیعی خوب نیست و به خانم‌ها هم حق میدم که در موردش حتی فکر هم نکنن". زن باردار دیگری بیان می‌کرد: "نمی‌دونم چجوریه اما آدم احساس می‌کنه انگار بی‌خیال یا خیلی احساس مسئولیت نمی‌کنن".

حضور در کلاس‌ها و مراکز را ندارم و مشاوره هم نداریم که بخواهیم راجع به زایمان با او صحبت کنیم، یعنی حتی اگر من وقت نکنم که بیایم خود بهداشت و ماماها تماس بگیرند". زن بارداری دیگری می‌گفت: "برای اینکه ترس از درد زنها کمتر بشه بیان و زایمان بدون درد رو برای همه انجام بدن" زن دیگری چنین می‌گفت: "پرسنل زایشگاه قشنگ صحبت کنن همدردی کنن، لحن صدایشون مهربون باشه، پرخاشگری نکنن به درخواست زانو در زایشگاه توجه کنن".

تمام ارائه‌دهندگان خدمات آموزش زنان باردار مخصوصاً زنان باردار نخست‌زا را برای افزایش زایمان طبیعی پیشنهاد کردند. یکی از ارائه‌دهندگان خدمات مشخص کردن موضوع مورد آموزش برای ارائه‌دهندگان خدمات را پیشنهاد می‌کرد و چنین می‌گفت: "یه دوره آموزشی هم واسه پرسنل بذارن و بهشون بگن دقیقاً چه چیزهایی رو آموزش بدن، اینجوری ما رو یه موضوع خاص تمرکز می‌کنیم و مادر رو به یه سمت خاص راهنمایی می‌کنیم. مثلاً وقتی اکثر افراد میگن ما از زایمان طبیعی ترس داریم ما بیایم و کاری کنیم که ترس اینها کمتر بشه و روی همین مسئله تمرکز کنیم". برگزاری دوره آموزشی مهارت‌های برقراری ارتباط با زنان باردار پیشنهاد دیگری بود که بیشتر ارائه‌دهندگان خدمات آن را مفید می‌دانستند. در این باره یکی از مصاحبه‌شوندگان چنین می‌گفت: "اگر برای پرسنل و ماماها هم کلاس‌های آموزشی برای نحوه برقراری ارتباط و برخورد بگذارند خیلی خوب و نتیجه بخش خواهد بود".

ارائه مشاوره به زنان باردار و همسر آنها راهکار دیگری برای افزایش زایمان طبیعی بود. وقتی از مصاحبه‌شوندگان در مورد محتوای مشاوره پرسیده شد یکی از آنها این‌گونه پاسخ داد: "بعضی‌ها می‌گویند که شوهر ما می‌گوید اگر زایمان طبیعی بکنی روابط ما کمتر میشه، بدتر میشه، دستگاه تناسلی به هم میخوره، در این موارد مردها باید مشاوره بگیرن". یکی از مصاحبه‌ها شونده‌ها که سابقه ۲۰ سال کار داشت معتقد بود که: "مشاوره به زنان باردار به خصوص زنان باردار نخست‌زا در مورد وضعیت دستگاه تناسلی و بازگشت بدن آنها به حالت عادی بسیار مهم است، چون موضوع زیبایی و تناسب

اندام برای زنان نخست‌زا بسیار مهم است. از طریق مشاوره باید استرس و نگرانی بیش از حد آنها در این مورد را برطرف کرد".

بیشتر ارائه‌دهندگان خدمات استفاده از روش‌های بدون درد در زایشگاه را یک اقدام بسیار مناسب برای ترویج زایمان طبیعی می‌دانستند. یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گفت: "وقتی عمده‌ترین دلیل سزارین ترس از درد زایمان طبیعی هست بیایم کاری کنیم که ترس مادران از درد بریزه و راهش استفاده از روش‌های زایمان بدون درد هست". یکی دیگر از ارائه‌دهندگان خدمات که ۳۰ سال سابقه کار داشت معتقد بود که برخورد مناسب با زنان باردار و حمایت عاطفی از آنها در زایشگاه باعث میشه که ذهنیت بدی که نسبت به زایمان طبیعی دارن از بین بره. استفاده از مامای همراه پیشنهاد دیگری بود که توسط ارائه‌دهندگان خدمات در مراکز بهداشتی و ماماها دارای مطب مطرح شد. یکی از ارائه‌دهندگان خدمات که دارای مطب بود و در زایشگاه نیز کار می‌کرد می‌گفت: "خیلی از مراجعه‌کنندگان من دوست دارند که من خودم زایمان آنها را انجام بدهم یعنی به این امید می‌آیند پیش ما که بالای سر زایمان آنها هم باشیم".

تمام ارائه‌دهندگان خدمات و برخی از زنان باردار چندین بار به این موضوع اشاره کردند که برای ترویج زایمان طبیعی حتماً باید ساختمان زایشگاه را بازسازی کرد. یکی از ارائه‌دهندگان خدمات چنین نظری داشت: "باید بین اتاق درد، اتاق زایمان و اتاق معاینه اورژانسی زنان فاصله مناسبی باشد در حالی که چنین نیست". ایجاد اتاق‌های جداگانه و مجهز برای زایمان به گونه‌ای که شرایط برای حضور همراه بیمار فراهم شود، نظر یکی دیگر از ارائه‌دهندگان خدمات بود. برخی از ارائه‌دهندگان خدمات حضور همراه در زایشگاه را پیشنهاد می‌دادند یکی از آنها چنین می‌گفت: "محیط زایشگاه باید بتواند حضور همراه یا مادر زن باردار را فراهم کند، در واقع محیطی که زایمان طبیعی را برای مادر تبدیل به یک فرآیند خوشایند کند".

۴) افراد تأثیرگذار در انتخاب نوع زایمان: زنان باردار معتقد بودند که مادر آنها، زنان زایمان کرده، ماما، خواهر دارای تجربه زایمان، پزشک و متخصص زنان

زنان آموزش از طریق تلویزیون و رادیو را نمی‌پسندیدند. دلیل آن‌ها یک طرفه بودن ارتباط و در برخی موارد متناسب نبودن مباحث با نیازهای خودشان و جذاب نبودن برنامه‌ها بود. در مورد استفاده از رسانه‌های نوشتاری دیدگاه‌های متفاوتی وجود داشت. برخی از زنان از مفید بودن این رسانه‌ها صحبت می‌کردند، ولی بیشتر زنان بیان کردند علاقه زیادی به رسانه‌های نوشتاری ندارند. ارائه‌دهندگان خدمات نیز معتقد بودند که زنان از رسانه‌های نوشتاری کمتر استفاده می‌کنند. یکی از آن‌ها چنین می‌گفت: "پوستر و پمفلت هم که بهشون بدیم نمی‌خونن".

ب- پیمایش کمی

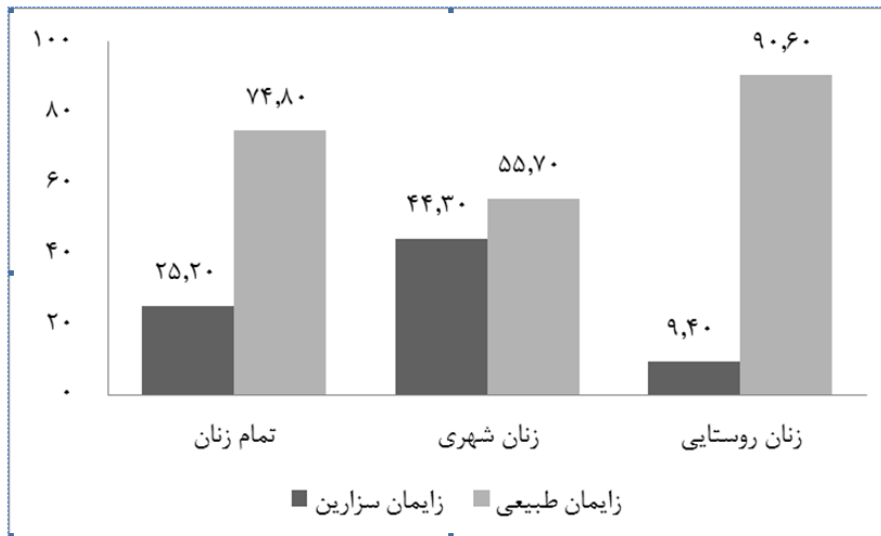
در مجموع ۱۹۸ زن باردار واجد شرایط شناسایی شد. از این تعداد زن باردار ۱۵۷ نفر در پیمایش کمی شرکت کردند. میانگین سنی زنان باردار $25 \pm 4/71$ سال بود. ۹۰ نفر (۵۷/۳٪) از زنان دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر و ۶۷ نفر (۴۲/۷٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۸۲ نفر (۵۲٪) از همسران زنان باردار دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر از دیپلم و ۷۵ نفر (۴۸٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۷۲ نفر (۴۶٪) از زنان مورد مطالعه ساکن شهر و ۸۵ نفر (۵۴٪) ساکن روستا بودند. ۸۸٪ از بارداری‌ها خواسته و ۱۲٪ ناخواسته بود.

۳۱ نفر (۴۴/۳٪) از زنان باردار ساکن شهر و ۸ نفر (۹/۴٪) از زنان باردار روستایی قصد انتخاب سزارین داشتند ($p < 0/001$). اما به طور کلی و بدون در نظر گرفتن محل سکونت زنان باردار ۳۹ نفر (۲۵/۲٪) از آنها قصد انتخاب سزارین داشتند. توزیع فراوانی نسبی قصد انتخاب نوع زایمان به تفکیک زنان شهری و روستایی در نمودار ۱ قابل مشاهده است. بر اساس آزمون من ویتنی، بین محل سکونت زنان باردار و قصد انتخاب نوع زایمان تفاوت آماری معناداری وجود داشت ($p < 0/001$) و بر اساس آزمون کای اسکور نیز بین سطح تحصیلات و قصد انتخاب نوع زایمان تفاوت آماری معناداری وجود داشت ($p = 0/015$).

بیش‌ترین تأثیر را در انتخاب نوع زایمان آن‌ها دارند. از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات به زنان باردار تأثیرگذارترین افراد شامل: همسر زن باردار، ارائه‌دهندگان خدمات به آن‌ها (ماما، پزشک و بهورز)، مادر، خواهر و دوستان و اطرافیان بودند.

۵) مکان‌ها و روش‌های مناسب برای ارتباط با زنان

باردار و انتقال محصولات و خدمات به آن‌ها: هم زنان باردار و هم ارائه‌دهندگان خدمات به آن‌ها معتقد بودند که مراکز بهداشت و خانه‌های بهداشت، کلاس‌های آمادگی برای زایمان و بیمارستان به عنوان مکان مناسبی برای ارائه محصولات و خدمات برنامه افزایش زایمان طبیعی به زنان باردار است. علاوه بر اینها مطب ماماها و متخصصان زنان پیشنهاد دیگری بود که از طرف ارائه‌دهندگان خدمات عنوان شد. کلاس‌های حضوری، مشاوره تلفنی، ترویج زایمان طبیعی از طریق صدا و سیما، نمایش فیلم زایمان طبیعی و سزارین روش‌های مناسب‌تر ارتباط با زنان باردار و ترویج زایمان طبیعی بود. علاوه بر اینها تهیه و توزیع دفترچه راهنمای انتخاب نوع زایمان، نصب بنر و تابلو در سطح شهر و مراکز و بیمارستان‌ها، تهیه و توزیع سی‌دی‌های آموزشی، روش‌های دیگری بودند که به‌وسیله چند نفر از زنان باردار و ارائه‌دهندگان خدمات به آن‌ها پیشنهاد شد. یکی از ارائه‌دهندگان خدمات در مورد مشاوره تلفنی چنین می‌گفت: "چون ما از صبح تا شب به مریض‌ها دوستان و آشنایان مشاوره تلفنی می‌دهیم. شماره می‌گیرند و زنگ می‌زنند. به نظر من مشاوره تلفنی خوب است". اکثر زنان کلاس‌های حضوری را روش مناسب‌تری می‌دانستند زیرا معتقد بودند با حضور در این کلاس‌ها می‌توانستند به صورت مستقیم و دو طرفه با آموزش‌دهنده ارتباط برقرار کنند و سؤالات خود را بپرسند. برخی از زنان باردار به دلایل مشغله‌های کاری و مسافت طولانی تا محل برگزاری کلاس‌ها معتقد بودند که برای همه حضور در این کلاس‌ها مقدور نیست. این‌ها پیشنهاد دادند که آموزش‌ها به گونه‌ای باشد که در خانه آن را دریافت کنند و روش مناسب برای این کار را آموزش و مشاوره‌های تلفنی و صداوسیما می‌دانستند. در عین حال برخی از



نمودار ۱- توزیع فراوانی نسبی قصد انتخاب نوع زایمان

ذهنی زنان شهری بود ($p=0/001$). اما در مورد کنترل رفتاری درک شده اختلاف معناداری در بین زنان روستایی و شهری مشاهده نشد. بر اساس آزمون من ویتنی، میانه نمرات نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده در زنان با قصد زایمان طبیعی به طور معناداری بیشتر از زنان با قصد زایمان سزارین بود (جدول ۱).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانه و دامنه میان چارکی نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده به ترتیب برابر با 18 ± 4 و 11 ± 2 و $15/5 \pm 2/5$ بود. بر اساس آزمون من ویتنی، میانه نمره نگرش زنان روستایی نسبت به زایمان طبیعی به طور معناداری بیشتر از میانه نمره نگرش زنان شهری بود ($p < 0/001$). همچنین میانه نمره هنجارهای ذهنی نسبت به زایمان طبیعی در زنان روستایی به طور معناداری بیشتر از میانه نمره هنجارهای

جدول ۱- میانه و دامنه میان چارکی نمرات سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در زنان باردار با قصد زایمان سزارین و طبیعی

سازه‌های نظریه	قصد زایمان سزارین	قصد زایمان طبیعی	کل زنان	دامنه نمرات	سطح معنی‌داری
نگرش*	14 ± 4	19 ± 4	18 ± 4	۷-۲۱	$< 0/001$
هنجارهای ذهنی*	$13/5 \pm 1/5$	$16/5 \pm 1/5$	$16/5 \pm 3$	۷-۲۱	$< 0/001$
کنترل رفتاری درک شده*	15 ± 4	16 ± 3	16 ± 3	۷-۲۱	۰/۰۱۶

*معناداری در سطح $p < 0/05$

و وضعیت بارداری (خواسته یا ناخواسته) بود، متغیرهای محل سکونت ($OR=14/365$, $p=0/001$) و شغل همسر ($OR=3/389$, $p=0/035$) پیشگویی‌کننده‌های قوی‌تر بودند. همچنین ارائه‌دهندگان خدمات در مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت (ماما، پزشک و بهورز) خود زن باردار و همسر وی بیش‌ترین تأثیر را در انتخاب نوع زایمان داشت.

بر اساس جدول ۲، قوی‌ترین سازه‌های پیشگویی-کننده‌های قصد انتخاب نوع زایمان هنجارهای ذهنی ($OR=2/413$, $p=0/021$) و نگرش ($OR=1/754$, $p=0/002$) نسبت به زایمان طبیعی بود. از بین متغیرهای جمعیت شناختی مورد مطالعه که شامل: سن زنان باردار، محل سکونت آن‌ها، سطح تحصیلات زنان باردار و همسر آن‌ها، شغل زنان باردار، شغل همسر آن‌ها

جدول ۲- برآورد نسبت شانس قصد انتخاب زایمان طبیعی بر اساس سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده و متغیرهای فردی

متغیرها	نسبت شانس	حدود اطمینان ۹۵٪	سطح معنی داری
نگرش*	۱/۷۵۴	۱/۲۲۱ - ۲/۵۱۹	۰/۰۰۲
هنجارهای ذهنی درک شده*	۲/۴۱۳	۱/۱۴۴ - ۵/۰۸۷	۰/۰۲۱
کنترل رفتاری درک شده	۱/۸۴۴	۱/۰۹۱ - ۱/۶۵۳	۰/۱۹۵
محل سکونت*	۱۴/۳۶۵	۳/۱۵۳ - ۶۵/۴۵۲	۰/۰۰۱
شغل همسر*	۳/۳۸۹	۱/۸۰۶ - ۱/۱۰۶	۰/۰۳۵

*معنادار در سطح $p < 0.05$

زایشگاه از موانع انجام زایمان طبیعی معرفی شده است (۳۱-۳۳).

ترس از زایمان یکی از دلایل اصلی است که باعث می‌شود زنان سزارین را ترجیح دهند. ترس از زایمان طبیعی، احساس امنیت، آرامش و کنترل بیشتر در سزارین دلایل زنان باردار نخست‌زا استرالیا برای انجام سزارین انتخابی است (۳۴). ویکلوند و همکاران (۲۰۰۸) نیز معتقد است که زنان باردار نخست‌زا از ترس از درد زایمان طبیعی رنج می‌برند و به این دلیل سزارین انتخابی را ترجیح می‌دهند (۳۵). در مطالعه هانگ در سال ۲۰۱۳ مشخص شد زنان باردار نخست‌زای تایوانی زایمان طبیعی را به عنوان یک تهدید برای مادر و نوزاد درک کرده و سزارین را راهی برای از بین این تهدید می‌دانستند (۳۶). در مطالعات انجام شده در ایران نیز بیان شده است که زنان به ویژه زنان باردار نخست‌زا به دلیل ترس از درد زایمان طبیعی، ترس از آسیب به نوزاد و مادر، ترس از اختلال در دستگاه تناسلی و ترس از برخورد نامناسب در زایشگاه سزارین را ترجیح می‌دهند (۳۱، ۳۲، ۳۷). متین‌نیا و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که ترس شدید زنان باردار نخست‌زا می‌تواند به دلیل آموزش‌های ناکافی و نامناسب و کم بودن اطلاعات آن‌ها باشد (۳۸). بنابراین این‌گونه می‌توان استنباط کرد که ترس از زایمان طبیعی از دلایل اصلی ترجیح سزارین به ویژه در بین زنان جوان و نخست‌زای ایرانی است.

توصیه سایر زنان به سزارین به دلیل تجربه بد آنان از زایمان و زایشگاه و انتقال این تجربه به سایر زنان به ویژه زنان باردار نخست‌زا، شکل‌گیری تجربه بد از زایشگاه با مراجعه زنان باردار نخست‌زا به آن، آگاهی پایین از زایمان طبیعی و سزارین و قانون‌شکنی و پارتی‌بازی از دیگر موانع زایمان طبیعی بود. این نتایج با نتایج سایر

نتایج مطالعه تکوینی حاضر شواهدی را برای تدوین یک مداخله اختصاصی شده بر اساس الگوی بازاریابی اجتماعی برای کاهش قصد سزارین در بین زنان باردار نخست‌زا فراهم کرد. محصول برنامه، برگزاری کلاس‌های آموزشی و انجام مداخلات مختصر از طریق کانال‌های مناسب و مورد نظر زنان باردار (پزشک و ماما)، در مراکز بهداشتی درمانی و کلاس‌های آمادگی برای زایمان و توجه به موانع حضور در کلاس‌های آموزشی برای کاهش قیمت مداخلات، و بالاخره انتقال پیام‌های برنامه از طریق مشاوره تلفنی رایگان و به وسیله افراد تأثیرگذار بر زنان باردار بود.

بحث

در مطالعه حاضر از مطالعه تکوینی شامل یک مطالعه کیفی و یک پیمایش کمی، برای تعیین مداخله اختصاصی شده برای ترویج زایمان طبیعی در بین زنان باردار نخست‌زا استفاده شد. در مطالعه حاضر، مهم‌ترین موانع زایمان طبیعی شامل: ناخوشایند بودن انجام زایمان طبیعی در زایشگاه، ترس، توصیه دیگران و موانع مرتبط با زایشگاه بود و مهم‌ترین مداخلات پیشنهادی برای افزایش زایمان طبیعی شامل: آموزش، مشاوره، خوشایندسازی زایمان طبیعی در زایشگاه و اقدامات مربوط به زایشگاه بود. ناخوشایند بودن زایمان طبیعی در زایشگاه یکی از موانع انجام زایمان طبیعی است که هم ارائه‌دهندگان خدمات و هم زنان باردار چندین بار در صحبت‌های خود به آن اشاره کردند. در برخی از مطالعات نیز نارضایتی زنان از محیط و ساختار فیزیکی زایشگاه، توزیع نابرابر و متفاوت خدمات و امکانات، کیفیت پایین خدمات زایشگاه، ممنوعیت حضور همراه در زایشگاه، مشترک بودن اتاق درد و اتاق زایمان در

مطالعات انجام شده همخوانی داشت. در مطالعه هیلدینگسون (۲۰۱۵) ترس از زایمان طبیعی و تجربه قبلی بد و منفی از زایمان طبیعی، قوی‌ترین عوامل مرتبط با انتخاب سزارین بودند (۳۹). کارل استورم و همکاران (۲۰۱۰) معتقد بودند که تجربه زنان از اولین زایمان، عامل بسیار مهمی در شکل‌گیری نگرش آن‌ها نسبت به بارداری و زایمان‌های بعدی است و ارائه‌دهندگان خدمات در زایشگاه باید به این مسئله توجه بسیار داشته باشند (۴۰). اطلاعات کم و غلط زنان به همراه تجارب آسیب‌زای قبلی بر ظرفیت درک‌شده زنان برای انجام زایمان طبیعی تأثیر تعیین‌کننده بسیاری دارد (۴۱). مطالعات انجام شده در ایران نیز این موضوع را تأیید می‌کند که زنان بر اساس اطلاعات ناکافی خود از عوارض و فواید هر دو نوع زایمان، تجارب قبلی و توصیه‌های نامناسب دیگران، باور و نگرش مناسبی نسبت به زایمان طبیعی ندارند (۴۲).

مداخلات پیشنهادی مصاحبه‌شوندگان برای افزایش زایمان طبیعی شامل: آموزش، مشاوره، خوشایندسازی زایمان طبیعی، اصلاح ساختار فیزیکی زایشگاه و تأمین تجهیزات و نیروی انسانی مناسب و کافی برای آن بود. حمایت‌های عاطفی و روانی از زن باردار در زایشگاه و همچنین حضور همراه زن باردار در زایشگاه از مواردی بود که باعث خوشایند شدن زایمان برای زن باردار می‌شد. بر همین اساس بروگمن و همکاران (۲۰۰۷) معتقد بودند که حضور و حمایت همراه مورد نظر زن باردار نخست‌زا در زایشگاه اثر مثبت بر روی رضایت وی از فرآیند زایمان دارد. این مسئله می‌تواند علاوه بر زن باردار برای ارائه‌دهندگان خدمات در زایشگاه نیز مفید باشد (۴۳). در مطالعه کاشانیان و همکاران (۲۰۱۰) نیز مشخص شد که حضور مداوم ماما در زایمان می‌تواند تجربه بد زنان از زایمان را کاهش دهد و احتمال اینکه زنان در بارداری‌های بعدی زایمان طبیعی را انتخاب کنند، افزایش دهد (۴۴). ترویج روش‌های زایمان بدون درد نیز پیشنهاد دیگری بود که به وسیله زنان باردار و ارائه‌دهندگان برای خوشایندسازی زایمان طبیعی مطرح شد. آن‌ها معتقد بودند وقتی که ترس از درد زایمان طبیعی مهم‌ترین دلیل زنان برای انجام ندادن زایمان

طبیعی است باید این موضوع را اولویت قرار داد و از روش‌هایی برای انجام زایمان استفاده کرد که با درد کمتری همراه باشد.

استفاده از مامای همراه یا مامای خصوصی پیشنهاد دیگری برای خوشایندسازی زایمان طبیعی بود. در مطالعه‌ی پالیس (۲۰۰۸) مشخص شد که زایمان به وسیله مامای همراه احساس امنیت و اطمینان در مادران به وجود می‌آورد و این احساس باعث می‌شود که زنان باردار در فرآیند زایمان استرس و اضطراب کمتری داشته باشند و خود این موضوع باعث شکل‌گیری تجربه مثبت از زایمان می‌شود (۴۵). مصاحبه‌شوندگان ضمن پیشنهاد مامای خصوصی یا مامای همراه به موانع اجرایی این پیشنهاد هم اشاره کردند. همه آن‌ها بیان کردند که با سیاست‌های فعلی مدیریت زایشگاه و ساختار حقوقی و قانونی موجود امکان اجرای این پیشنهاد نیست.

از دیگر مداخلات پیشنهادی مصاحبه‌شوندگان، آموزش زنان باردار بود. بر این اساس مطالعات نشان داد آموزش زنان باردار در مورد فواید و عوارض هر دو نوع زایمان ضروری است و ارتباط معناداری بین آموزش و انتخاب نوع زایمان وجود دارد (۴۶، ۴۷). از طرف دیگر آموزش‌های دوران بارداری کافی و اثربخش نیست (۴۸). بنابراین به نظر می‌رسد که کیفیت ارائه خدمات به زنان باردار به خصوص آموزش‌های دوران بارداری نیاز به بازبینی دارد. آموزش چگونه آموزش دادن به زنان باردار و آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرسنل زایشگاه و مراکز بهداشتی درمانی پیشنهاد دیگری بود که بیشتر توسط ارائه‌دهندگان خدمات مطرح شد. ماما‌های مراکز سلامت معتقد بودند که مواردی که باید آموزش بدهند گسترده است و آن‌ها وقت کافی برای آموزش تمام این موارد را ندارند؛ در صورتی که اگر آموزش‌های آن‌ها متمرکز باشد احتمال اثربخشی آن بیشتر خواهد بود. همچنین برخی از آن‌ها معتقد بودند که قبل از هر چیز ارائه‌دهندگان خدمات باید اصول آموزش دادن و برقراری ارتباط با مراجعه‌کننده را آموزش ببینند پرسنل زایشگاه نیز معتقد بودند که آموزش به زنان باردار و نحوه برقراری ارتباط با آن‌ها در هدایت مادران به زایمان طبیعی مؤثر خواهد بود.

۴۶/۷٪ بود (۳۵). در مطالعه احمد نیا (۲۰۱۱) که بر روی ۱۷۹۹۱ زن باردار انجام شد، ۴۱/۹٪ از زنان شهری و ۲۲/۵٪ از زنان روستایی سزارین شده بودند (۵۲). رایگان شدن زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی می‌تواند یکی از دلایل این تفاوت باشد. اما به نظر می‌رسد علاوه بر مسائل مالی عوامل مهم دیگری در میزان بالای سزارین در ایران نقش دارند و رایگان شدن زایمان طبیعی نمی‌تواند تضمین کننده کاهش زایمان سزارین به ویژه در بین زنان شهری باشد. شکل ارائه خدمات در مناطق روستایی و شهری می‌تواند از دیگر دلایل این تفاوت باشد. در مناطق روستایی خدمات به صورت فعال ارائه می‌شود و جمعیت تحت پوشش هر خانه بهداشت کم است و بهورزان وقت کافی برای آموزش و مشاوره به زنان باردار را دارند در حالی که در مراکز شهری این گونه نیست.

در این مطالعه بین سطح تحصیلات و قصد انتخاب نوع زایمان تفاوت آماری معناداری مشاهده شد. بر اساس نتایج بیشتر مطالعات انجام شده در ایران نیز، زنان با تحصیلات بالاتر تمایل بیشتری به سزارین داشتند (۳۸، ۴۶، ۵۲، ۵۳). بنابراین به نظر می‌رسد که سطح تحصیلات بالاتر در بین زنان ایرانی یکی از عواملی است که باعث می‌شود تمایل بیشتری به انجام سزارین داشته باشند. برخلاف نتایج مطالعه حاضر، مطالعه تورلونی (۲۰۱۳) در ایتالیا نشان داد سطح تحصیلات بالاتر به طور معنی‌داری باعث تمایل بیشتر زنان به زایمان طبیعی می‌شود (۲). ولی اینکه چه چیزی باعث می‌شود که زنان با تحصیلات بالاتر گرایش بیشتری به سزارین داشته باشند، نیازمند مطالعات دیدگاه و باورهای این گروه از زنان است.

در مطالعه حاضر متغیرهای پیشگویی کننده قصد انتخاب زایمان طبیعی، نگرش و هنجارهای ذهنی نسبت به زایمان طبیعی، محل سکونت و شغل همسر بود. اصلاح نگرش و تقویت هنجارهای ذهنی زنان نسبت به زایمان طبیعی دلیل افزایش تمایل آن‌ها به زایمان طبیعی می‌شود که با نتایج مطالعه زمانی همخوانی داشت. در مطالعه زمانی و همکاران (۲۰۱۲) مشخص شد که مهم‌ترین پیشگویی کننده انتخاب نوع زایمان هنجارهای

مشاوره به زنان باردار و همسران آن‌ها از دیگر نتایج مطالعه حاضر برای ترغیب زنان باردار به زایمان طبیعی بود. در همین راستا مطالعه رودساری و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که برقراری ارتباط مناسب از طرف ماما و پزشک با زن باردار و ارائه مشاوره‌های زایمانی به آن‌ها، ترس و اضطراب زنان برای انجام زایمان طبیعی را می‌کاهد و آن‌ها را به انجام زایمان طبیعی ترغیب می‌کند (۴۹). از دیدگاه ارائه‌دهندگان، خدمات مشاوره به همسر زنان باردار در مورد وضعیت دستگاه تناسلی زن باردار در فرآیند زایمان و اثر آن بر روی روابط جنسی بعد از آن نیز می‌تواند نظر موافق همسر زن باردار را برای انجام زایمان طبیعی را به همراه داشته باشد. اما خود زنان باردار کمتر این مسئله را مطرح کردند. جداسازی بخش‌های مختلف زایشگاه از یکدیگر و تأمین تجهیزات و نیروی انسانی با تجربه و کافی، روش دیگری بود که اکثر مصاحبه‌شوندگان آن را پیشنهاد کردند.

در مطالعه حاضر ۳۹ نفر (۲۵/۲٪) از زنان مورد مطالعه قصد زایمان سزارین داشتند. این یافته با مطالعات انجام شده در این زمینه همخوانی داشت. در مطالعه حاجیان (۲۰۱۵)، ۲۱٪ از زنان شهری مناطق شرقی ایران و در مطالعه بشارتی (۲۰۱۱) نیز ۴۷/۲٪ از زنان در شهر رشت قصد سزارین داشتند (۴۲، ۵۰). این نشان می‌دهد که تقریباً بعد از یک سال از اجرا شدن طرح تحول سلامت و توجه ویژه به کاهش درصد جراحی سزارین همچنان قصد زنان برای سزارین بیشتر از مقدار توصیه شده سازمان جهانی بهداشت است. در مطالعه مروری و متاآنالیز ماذونی (۲۰۱۱) از بین ۱۹،۴۰۳ زن باردار، ۱۵/۶٪ قصد سزارین داشتند (۵۱). از این نتایج می‌توان این‌گونه برداشت کرد که به طور متوسط در بسیاری از کشورها شیوع سزارین برابر با همان مقدار توصیه شده سازمان جهانی بهداشت است و درصد بالای زایمان سزارین مشکل برخی از کشورها است.

در مطالعه حاضر قصد انتخاب نوع زایمان به طور معنادار در بین زنان شهری و روستایی متفاوت بود. این تفاوت معنادار در سایر مطالعات انجام شده در ایران نیز مشاهده شده است. در مطالعه بهادری و همکاران (۲۰۱۳) میزان سزارین در مناطق روستایی ۲۷/۶٪ و در مناطق شهری

ذهنی است و اصلاح نگرش زنان در مورد فواید و عوارض هر دو نوع زایمان می‌تواند به افزایش زایمان طبیعی در بین زنان کمک کند (۴۷). به نظر می‌رسد که هنجارهای ذهنی و نگرش زنان روستایی عامل تقویت‌کننده انتخاب زایمان طبیعی در بین آن‌ها است. همچنین اگر قرار باشد برنامه‌ای با هدف کاهش سزارین طراحی شود باید به این نکته توجه شود که زنان روستایی و شهری نگرش‌ها و هنجارهای ذهنی متفاوت از هم به نوع زایمان دارند. بنابراین به نظر نمی‌رسد که یک مداخله مشترک بتواند اثر یکسانی بر روی قصد انتخاب نوع زایمان در بین زنان شهری و روستایی داشته باشد. از دیگر متغیرهای پیشگویی‌کننده نوع زایمان، شغل همسر زن باردار بود؛ به این صورت که اگر شغل همسر زن باردار با درآمد کمتر همراه باشد، احتمال انتخاب زایمان طبیعی در بین زنان باردار و پذیرش این نوع زایمان از سوی همسر بیشتر می‌شود که می‌تواند به دلیل رایگان بودن زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی باشد. از این موضوع این‌گونه نیز می‌توان برداشت کرد که در صورتی که همسر زن باردار درآمد کافی داشته باشد، احتمالاً قصد سزارین در زن باردار نیز بیشتر می‌شود. در برخی از مطالعات انجام شده نیز درآمد بیشتر و وضعیت مالی خوب با تمایل بیشتر زنان برای سزارین انتخابی در ارتباط بود (۴۶، ۵۳).

از دیگر نتایج مطالعه حاضر، مشخص شدن افراد مؤثر بر انتخاب نوع زایمان زنان باردار نخست‌زا است و ماما، پزشک، زن باردار و همسر وی به ترتیب بیش‌ترین تأثیر را در قصد انتخاب نوع زایمان داشتند. این نتایج با نتایج مطالعه ثانوی و همکاران (۲۰۱۴) همخوانی داشت. همچنین در مطالعه ثانوی و همکاران (۲۰۱۴) نیز مشخص شد که پزشک، زن باردار و همسر وی تأثیرگذارترین افراد در انتخاب نوع زایمان هستند (۳۰). بنابراین به دلیل اینکه ماماها و پزشکان به عنوان افرادی در نظر گرفته می‌شوند که بیش‌ترین تأثیر را در انتخاب نوع زایمان دارند، پیشنهاد می‌شود که دوره‌های آموزشی مداوم (مهارت‌های بالینی، مهارت‌های آموزشی، مهارت‌های مشاوره‌ای و مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر با زنان باردار) برای آن‌ها برگزار شود.

از نقاط قوت مطالعه حاضر، روش نمونه‌گیری تمام شماری، مصاحبه‌های فردی با افراد کلیدی ارائه‌دهنده خدمات به زنان باردار هم در مراکز سلامت و هم در بیمارستان و بحث‌های گروهی متمرکز با خود زنان باردار بود. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که یکی از متغیرهای مورد نظر تیم پژوهشی برای دسته‌بندی هدفمند شرکت‌کنندگان در بحث‌های گروهی، وضعیت اقتصادی خانواده زنان باردار بود، اما به دلیل عدم پاسخگویی شفاف زنان به این مسئله و عدم ثبت اطلاعات دقیق از وضعیت اقتصادی آن‌ها در پرونده مراقبت‌های دوران بارداری، تیم پژوهشی مجبور شد این متغیر را در نظر نگیرد، بنابراین نتایج بحث‌های گروهی قابلیت تعمیم به گروه‌های بزرگ‌تر را ندارد. جامعه مورد مطالعه ما زنان باردار نخست‌زا در ماه ۳ و ۴ بارداری بودند و تجربه زنان باردار نخست‌زا می‌تواند بسیار متفاوت از تجربه سایر زنان با سابقه بارداری و زایمان باشد. لذا نتایج مطالعه تکوینی ما از قابلیت تعمیم به سایر زنان برخوردار نیست. کیفیت داده‌های بحث گروهی متمرکز و تحلیل آن‌ها به شدت وابسته به مهارت‌های تسهیلگر جلسه بحث گروهی و فردی است که داده‌ها را تحلیل می‌کند. از این رو احتمال خطای جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آن‌ها وجود دارد.

نتیجه‌گیری

در طراحی مداخلات آموزشی کاهش سزارین، سازه‌های نگرش نسبت به انتخاب نوع زایمان و هنجارهای ذهنی زنان باردار نخست‌زا باید مورد توجه قرار گیرد. با وجود این که ماماها و پزشکان افراد تأثیرگذار در انتخاب نوع زایمان هستند، ولی موانع مختلفی باعث می‌شود آموزش‌ها و مشاوره‌های انجام شده توسط آنان اثربخش نباشد. تعیین علل اصلی انتخاب سزارین و طراحی یک مداخله مختصر و اجرای آن از طریق افراد تأثیرگذار بر زنان باردار (ماما و پزشک) می‌تواند کیفیت و اثربخشی آموزش‌های در مراکز ارائه خدمات سلامت را افزایش دهد. محتوا و کیفیت خدماتی که به زنان باردار ارائه می‌شود یک متغیر بسیار مهم و تعیین‌کننده در شکل‌دهی نگرش زنان باردار و قصد انتخاب نوع زایمان است. برنامه‌های

های آمادگی برای زایمان شرکت کنند، برای حل این مشکل مشاوره‌های تلفنی رایگان می‌تواند بسیار مفید باشد همچنین مشاوره‌های تلفنی در ماندگاری پیام‌ها برای زنان حاضر در کلاس‌ها و مراکز سلامت نیز می‌تواند مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با کد طرح ۱۶۲۷/۲۳/ب و کد اخلاق IR.YUMS.REC.1394.52 و ثبت شده در مرکز کارآزمایی بالینی ایرانیان با کد IRCT2015092424168N1 است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یاسوج انجام شد. بدین‌وسیله از تمامی کارشناسان مامایی مراکز بهداشتی درمانی و بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان بویراحمد که در انجام این مطالعه ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

آموزشی، مداخلات در مراکز و کلاس‌های آموزشی باید این فرصت را برای زنان باردار فراهم کند تا در مورد احساسات، نگرانی‌ها و ترس‌های خود صحبت کنند. ترس از زایمان از دلایل اصلی ترجیح سزارین به‌ویژه در بین زنان جوان و نخست‌زا است. لذا ترویج روش‌های زایمان بدون درد و خوشایندسازی زایمان طبیعی می‌تواند روشی برای کاهش این ترس و تغییر انتخاب جراحی سزارین باشد. از علل دیگر انتخاب سزارین، آگاهی پایین زنان باردار از فواید و عوارض هر دو روش زایمان است. برنامه‌های آموزشی که متناسب با نیازها و خواسته‌های زنان باردار باشند می‌توانند روشی برای افزایش آگاهی زنان باردار باشند و این برنامه‌های آموزشی باید در زمانی برگزار شوند که اکثریت زنان باردار بتوانند در آن شرکت کنند. برای مشخص شدن زمان مناسب برگزاری کلاس‌ها باید نظر زنانی را جویا شد که قرار است در آن کلاس‌ها شرکت کنند و برخی از موانع باعث می‌شود زنان باردار کمتر به مراکز سلامت مراجعه کنند یا نتوانند در کلاس-

منابع

1. Moore B. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 326(8458):436-7.
2. Torloni MR, Betrán AP, Montilla P, Scolaro E, Seuc A, Mazzoni A, et al. Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13:78.
3. Degani N, Sikich N. Caesarean delivery rate review: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2015; 15(9):1-58.
4. Azami-Aghdash S, Ghojzadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M, Asl Amin Abad R. Prevalence and causes of cesarean section in Iran: systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health* 2014; 43(5):545-55.
5. Quiroz LH, Chang H, Blomquist JL, Okoh YK, Handa VL. Scheduled cesarean delivery: maternal and neonatal risks in primiparous women in a community hospital setting. *Am J Perinatol* 2009; 26(4):271-7.
6. Wilmink FA, Hukkelhoven CW, Lunshof S, Mol BW, van der Post JA, Papatsonis DN. Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202(3):250.e1-8.
7. Kolås T, Saugstad OD, Daltveit AK, Nilsen ST, Øian P. Planned cesarean versus planned vaginal delivery at term: comparison of newborn infant outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(6):1538-43.
8. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Williams obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw Hill; 2010. P. 872.
9. Pirdehghan A. Evaluation and comparison of normal vaginal delivery and elective cesarean section burden in Isfahan city in 2009. [Doctorate Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2010. (Persian).
10. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Meriáldi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *World Health Rep* 2010; 30:1-31.
11. Emami Moghadam Z, Ajami BM, Behnam Vashani HR, Sardar Abadi F. Perceived benefits based on the health belief model in oral health related behaviors in pregnant women, Mashhad, 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(44):21-7. (Persian).

12. Emami Moghadam Z, Aemmi SZ, Dadgar S, Sardar Abadi F. Improving the performance of pregnant women in oral and dental health based on the Health Belief Mode. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(176):6-11. (Persian).
13. Runmei M, Terence TL, Yonghu S, Hong X, Yuqin T, Bailuan L, et al. Practice audits to reduce caesareans in a tertiary referral hospital in south-western China. *Bull World Health Organ* 2012; 90(7):488-94.
14. Frass KA, Al Harazi AH. Outcome of vaginal birth after caesarean section in women with one previous section and spontaneous onset of labour. *East Med Health J* 2011; 17(8):646-51.
15. Chen MM, Hancock H. Women's knowledge of options for birth after Caesarean Section. *Women Birth* 2012; 25(3):e19-26.
16. Chung SH, Seol HJ, Choi YS, Oh SY, Kim A, Bae CW. Changes in the cesarean section rate in Korea (1982-2012) and a review of the associated factors. *J Korean Med Sci* 2014; 29(10):1341-52.
17. Marquini GV, Jorge MT, Pinto RM. Effectiveness of an educational intervention on the suitability of indications for cesarean delivery in a Brazilian teaching hospital. *Int J Gynecol Obstet* 2015; 128(2):114-7.
18. Branch DW, Silver RM. Managing the primary cesarean delivery rate. *Clin Obstet Gynecol* 2012; 55(4):946-60.
19. Yavangi M, Sohrabi MR, Alishahi Tabriz A. Effect of Iranian ministry of health protocols on cesarean section rate: a quasi-experimental study. *J Res Health Sci* 2013; 13(1):48-52.
20. Boyd A. A childbirth educator speaks out for increased advocacy for normal birth. *J Perinat Educ* 2006; 15(1):8-10.
21. Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. *Semin Perinatol* 2006; 30(5):235-41.
22. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. New Jersey: John Wiley & Sons; 2008.
23. Strolla LO, Gans KM, Risica PM. Using qualitative and quantitative formative research to develop tailored nutrition intervention materials for a diverse low-income audience. *Health Educ Res* 2006; 21(4):465-76.
24. Kreuter MW, Skinner CS. Tailoring: what's in a name? *Health Educ Res* 2000; 15(1):1-4.
25. Evers U, Jones SC, Caputi P, Iverson D. Promoting asthma awareness to older adults formative research for a social marketing campaign. *J Asthm Allergy Educ* 2013; 4(2):77-84.
26. Hull PC, Williams EA, Khabele D, Dean C, Bond B, Sanderson M. HPV vaccine use among African American girls: qualitative formative research using a participatory social marketing approach. *Gynecol Oncol* 2014; 132(Suppl 1):S13-20.
27. Bonvecchio A, Theodore FL, Saffdie M, Duque T, Villanueva MA, Torres C, et al. Contribution of formative research to design an environmental program for obesity prevention in schools in Mexico City. *Salud Publica Mex* 2014; 56(Suppl 2):S139-47.
28. Pounds L, Duysen E, Romberger D, Cramer ME, Wendl M, Rautiainen R. Social marketing campaign promoting the use of respiratory protection devices among farmers. *J Agromedicine* 2014; 19(3):316-24.
29. Shamsi M, Neyestani H, Ebrahimipour H, Esmaeili H, Nosrati M. Using social marketing model to persuade the women to do mammography. *J Sch Public Health Instit Public Health Res* 2014; 12(1):85-96. (Persian).
30. Sanavi FS, Navidian A, Rakhshani F, Ansari-Moghaddam A. The effect of education on base the Theory of planned behavior toward normal delivery in pregnant women with intention elective cesarean. *Bim J Hormozgan Univ Med Sci* 2014; 17(6):531-9. (Persian).
31. Bagheri A, Masoudi Alavi N, Abbaszadeh F. Iranian obstetricians' views about the factors that influence pregnant women's choice of delivery method: a qualitative study. *Women Birth* 2013; 26(1):e45-9.
32. Faisal I, Matinnia N, Hejar A, Khodakarami Z. Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery* 2014; 30(2):227-33.
33. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Li M, Misago C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010; 10(25):1-18.
34. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery* 2010; 26(4):394-400.
35. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG* 2008; 115(3):324-31.
36. Huang SY, Sheu SJ, Tai CJ, Chiang CP, Chien LY. Decision-making process for choosing an elective cesarean delivery among primiparas in Taiwan. *Matern Child Health J* 2013; 17(5):842-51.
37. Bahadori F, Hakimi S, Heidarzade M. The trend of caesarean delivery in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2013; 19(Suppl 3):S67-70.

38. Matinnia N, Faisal I, Hanafiah Juni M, Herjar AR, Moeini B, Osman ZJ. Fears related to pregnancy and childbirth among primigravidae who requested caesarean versus vaginal delivery in Iran. *Matern Child Health J* 2015; 19(5):1121-30.
39. Hildingsson I. Women's birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal Swedish cohort study. *Women Birth* 2015; 28(2):e7-13.
40. Karlström A, Rådestad I, Eriksson C, Rubertsson C, Nystedt A, Hildingsson I. Cesarean section without medical reason, 1997 to 2006: a Swedish register study. *Birth* 2010; 37(1):11-20.
41. Otley H. Fear of childbirth: understanding the causes, impact and treatment. *Br J Midwifery* 2011; 19(4):215-20.
42. Hajian S, Shariati M, Mirzaii Najmabadi K, Yunesian M, Ajami MI. Use of the extended parallel process model (EPPM) to predict Iranian women's intention for vaginal delivery. *J Transcult Nurs* 2015; 26(3):234-43.
43. Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJ, Cecatti JG, Neto AS. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reprod Health* 2007; 4(5):1-7.
44. Kashanian M, Javadi F, Haghighi MM. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 109(3):198-200.
45. Du Plessis D. Women's experiences of a vaginal delivery conducted by a private midwife. *Health SA Gesondheid* 2008; 10(3):23-35.
46. Ghotbi F, Akbari Sene A, Azargashb E, Shiva F, Mohtadi M, Zadehmodares S, et al. Women's knowledge and attitude towards mode of delivery and frequency of cesarean section on mother's request in six public and private hospitals in Tehran, Iran, 2012. *J Obstet Gynaecol Res* 2014; 40(5):1257-66.
47. Zamani-Alavijeh F, Shahry P, Kalhory M, Haghighizadeh MH, Sharifirad GR, Khorsandi M. Identification of factors related to elective cesarean labor: a theory-based study. *Sci Res J Shahed Univ* 2012; 19(96):1-11. (Persian).
48. Sanavi FS, Ansari-Moghaddam A, Shovey MF, Rakhshani F. Effective education to decrease elective caesarean section. *J Pak Med Assoc* 2014; 64(5):500-5.
49. Roudsari RL, Zakerihamidi M, Khoei EM, Kazemnejad A. Comparing the cultural beliefs related to mode of delivery among pregnant women and women with childbirth experiences as vaginal delivery or cesarean section (Tonekabon, 2014). *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 24(120):56-68. (Persian).
50. Besharati F, Hazavehei SMM, Moeini B, Moghimbeigi A. Effect of educational interventions based on theory of planned behavior (TPB) in selecting delivery mode among pregnant women referred to Rasht health centers. *Zanjan Univ Med Sci J* 2011; 19(77):94-106. (Persian).
51. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG* 2011; 118(4):391-9.
52. Ahmad-Nia S, Delavar B, Eini-Zinab H, Kazemipour S, Mehryar A, Naghavi M. Cesarean section in the Islamic Republic of Iran: prevalence and some sociodemographic correlates. *East Mediterr Health J* 2009; 15(6):1389-98.
53. Alimohammadian M, Shariat M, Mahmoodi M, Ramezanzadeh F. Choice of delivery in Tehran and some related factors. *J Fam Reprod Health* 2007; 1(2):79-84.