

عوامل مؤثر بر فرآیند تصمیم‌گیری زنان نخست باردار در مورد انتخاب روش زایمان: یک مطالعه تئوری محور نرجس بحری^۱، سیامک محبی^۲، نسرین بحری^۳، سمانه داوودی فریمانی^{۴*}، لیلی خدادوست^۴

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
۲. استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
۳. کارشناسی ارشد بهداشت مادر و کودک، مرکز بهداشت شماره سه، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. کارشناس مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۰۲

خلاصه

مقدمه: آمار سزارین در ایران بالاتر از حد استاندارد است و توجه به عوامل مؤثر بر فرآیند تصمیم‌گیری زنان جهت انتخاب روش زایمان می‌تواند به شناسایی علل افزایش آن کمک کند. مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر بر فرآیند تصمیم‌گیری زنان جهت انتخاب روش زایمان با استفاده از مدل باور بهداشتی انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در فاصله زمانی خرداد ۱۳۹۳ تا فروردین ۱۳۹۶ بر روی ۳۲۱ زن نخست باردار که بارداری طبیعی و سالم بالاتر از ۲۶ هفته داشتند، در شهر گناباد انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات مشتمل بر پرسشنامه مشخصات فردی و باروری، پرسشنامه آگاهی در مورد مزایا و معایب زایمان طبیعی و سزارین، پرسشنامه سنجش سازه‌های مدل باور بهداشتی و پرسشنامه انتخاب روش زایمان بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: ۲۳۸ نفر (۷۴/۱٪) از زنان زایمان طبیعی و ۸۳ نفر (۲۵/۹٪) سزارین را انتخاب کرده بودند. از بین سازه‌های مدل باور بهداشتی، سازه‌های حساسیت درک شده ($p=۰/۰۲۳$) و منافع درک شده ($p=۰/۰۰۱$) بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری داشت، اما آگاهی، شدت درک شده و موانع درک شده بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نشان نداد ($p>۰/۰۵$). متغیرهای سن، تحصیلات و شغل زن باردار بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌دار نداشتند، اما منبع کسب اطلاعات در مورد روش‌های زایمانی بین دو گروه که زایمان طبیعی یا سزارین را انتخاب کرده بودند، اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($p=۰/۰۰۸$).

نتیجه‌گیری: نتیجه اصلی مطالعه مبین ارتباط سازه‌های حساسیت درک شده و منافع درک شده با روش انتخابی جهت زایمان بود. از این یافته می‌توان در برنامه‌ریزی‌های آموزشی جهت زنان باردار با تأکید بیشتر بر سازه‌های معنی‌دار مدل باور بهداشتی استفاده کرد.

کلمات کلیدی: تصمیم‌گیری، زایمان طبیعی، سزارین، مدل باور بهداشتی

* نویسنده مسئول مکاتبات: سمانه داوودی فریمانی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران. تلفن: ۰۲۸-۳۷۲۲۳۰۵۳؛ پست الکترونیک: samanehdavoudi19@gmail.com

مقدمه

بارداری و زایمان پدیده‌هایی طبیعی و فیزیولوژیک هستند و از ابتدای خلقت بشر، زایمان واژینال تنها راه طبیعی و معمول برای تولد نوزاد بوده است. با این وجود پیشرفت تکنولوژی پزشکی منجر به رواج بی‌رویه میزان سزارین در دهه‌های اخیر شده است؛ به طوری که سزارین یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی در سرتاسر دنیاست و آمار آن در سطح جهانی به طور روزافزونی در حال افزایش می‌باشد (۱). سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۵، میزان مورد قبول سزارین را بین ۱۵-۱۰٪ اعلام کرد و این توصیه تا به امروز نیز به عنوان معیاری قابل قبول برای میزان سزارین مطرح می‌باشد (۲). آمار سزارین در بین کشورها بسیار متفاوت است؛ به طوری که بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۰ در کشور سوئد ۲۰٪، در انگلیس بین ۳۰-۲۰٪ و در آمریکا بیشتر از ۳۰٪ بوده است و در کشور چین در سال ۲۰۰۸ در حدود ۴۶/۲٪ گزارش شده است (۳). در ایران میزان سزارین با یک شیب افزایشی بسیار تند از ۱۹/۵٪ در سال ۱۳۵۵ به ۴۰/۲٪ در سال ۱۳۸۴ رسیده است و در ادامه این روند رو به افزایش، در سال ۱۳۹۲ به ۶۴٪ افزایش یافت (۴). اگرچه پس از اجرای طرح تحول سلامت و اجرای بسته‌های ترویج زایمان طبیعی، میزان سزارین در حدود ۶/۵٪ کاهش یافت است (۵)، اما هنوز هم میزان سزارین در ایران بیش از سه برابر بالاتر از میزان توصیه شده سازمان جهانی بهداشت می‌باشد.

مروری بر علل افزایش بی‌رویه آمار سزارین نشان می‌دهد که این موضوع بسیار پیچیده است، اما دخالت عواملی مانند ترس از درد زایمان طبیعی، احساس ناکارآمدی زن باردار برای انجام زایمان طبیعی، تقاضای زن باردار بدون وجود هیچ‌گونه اندیکاسیون طبی برای سزارین برنامه‌ریزی شده و نگرش‌های منفی نسبت به تأثیر زایمان طبیعی بر شلی عضلات کف لگن در افزایش سزارین مطرح می‌باشد (۶، ۳). در مطالعه مارکس (۲۰۱۰) میزان تقاضای مادر برای انجام سزارین ۳۸٪ گزارش شد (۷) و در مطالعه رحیمی کیان (۲۰۰۹)، ۵۵٪ از زنان ایرانی به دلیل ترس از درد زایمان و ۲۲٪ آنها به دلیل نگرانی از افتادگی رحم و مثانه، تقاضای

سزارین داشتند (۸). نگاهی به این عوامل نشان می‌دهد که باورها، نگرش‌ها و تمایلات زن باردار، عاملی بسیار مهم و تعیین کننده در انتخاب روش زایمان می‌باشد. بنابراین شناخت این متغیرها می‌تواند به عنوان یک گام اولیه جهت برنامه‌ریزی‌های کاهش آمار سزارین مطرح باشد.

مدل باور بهداشتی به عنوان یکی از مهم‌ترین مدل‌های آموزش بهداشت، در ابتدا به عنوان یک روش مشخص جهت شرح و پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی پیشگیری کننده در اوایل دهه ۱۹۵۰ ارائه شد. این مدل جامع که ارتباط بین باورها و رفتارها را توضیح می‌دهد، بر اساس این اندیشه تدوین شده است که ادراک افراد از یک وضعیت تهدید کننده سلامتی تا چه میزان باعث تغییر رفتارهای بهداشتی آنها می‌شود (۹). مدل باور بهداشتی مشتمل بر سازه‌هایی همچون حساسیت درک شده (انجام یک رفتار به علت احساس در معرض خطر بودن)، شدت درک شده (انجام رفتار به علت احساس خطر جدی ناشی از انجام رفتار ناسالم)، منافع درک شده (پیش‌بینی منفعت زیاد ناشی از انجام یک رفتار)، موانع درک شده (احساس قدرت برای برطرف کردن موانع) و خودکارآمدی درک شده (احساس توانایی برای انجام رفتارهای سالم) می‌باشد (۱۰).

مدل باور بهداشتی به بررسی عوامل روانی و سایر عوامل احتمال مؤثر بر تصمیم‌گیری افراد می‌پردازد و مطالعاتی که با استفاده از این مدل انجام شده‌اند نشان می‌دهند که این مدل می‌تواند کاربرد مناسبی در پیشگویی علت پذیرفتن یا رد کردن رفتارهای مرتبط با سلامتی داشته باشد (۱۱-۱۳). مطالعات متعددی نیز با استفاده از الگوی باور بهداشتی به بررسی تأثیر سازه‌های این الگو در انتخاب روش زایمان پرداخته‌اند و یا اینکه از این الگو در اجرای برنامه‌های آموزشی با هدف کاهش میزان سزارین استفاده کرده‌اند (۱۶-۱۴، ۱۱، ۸)، اما توجه به این نکته بسیار ضروری است که نتایج این مطالعات بسیار متناقض است و علاوه بر آن توجه به این موضوع نیز بسیار ضروری است که جهت انجام مداخلات آموزشی و نیازسنجی آموزشی می‌بایست اینگونه مطالعات بر روی همان جمعیت هدف انجام شود، زیرا نیازهای آموزشی

یک جمعیت با جمعیت دیگر قطعاً متفاوت می‌باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری برای انتخاب روش زایمان با استفاده از مدل باور بهداشتی در بین زنان باردار شهر گناباد انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در فاصله زمانی خرداد ۱۳۹۳ تا فروردین ۱۳۹۶ بر روی زنان باردار در شهر گناباد انجام شد. حجم نمونه مورد نیاز برای این مطالعه توسط نرم‌افزار G*Power version 3.1 تعیین شد. برای این منظور خانواده توزیع تی تست و آزمون آماری تفاوت بین دو میانگین مستقل هدف‌گذاری شد و اندازه اثر برابر ۰/۰۳، خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان آزمون ۸۰٪ تعیین شد که به این ترتیب حجم نمونه مورد نیاز ۳۵۲ نفر تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان نخست باردار با سن بارداری بیشتر از ۲۶ هفته، نداشتن هیچ‌گونه اندیکاسیون قطعی یا مشکوک برای سزارین و نداشتن عارضه جدی دوران بارداری نظیر تهدید به سقط، خونریزی و پره ترم لیبر بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل انصراف مشارکت کنندگان از ادامه مطالعه و یا مخدوش بودن پرسشنامه‌ها بود. نمونه‌گیری به شیوه غیر احتمالی سهمیه‌ای انجام شد، به این ترتیب که به هر یک از مراکز سلامت جامعه سطح شهر گناباد بر اساس جمعیت تحت پوشش آن‌ها درصدی از کل حجم نمونه اختصاص یافت و نمونه‌گیری در داخل مراکز به شیوه در دسترس انجام شد.

ابزار گردآوری اطلاعات مشتمل بر پرسشنامه مشخصات فردی و باروری، پرسشنامه آگاهی در مورد مزایا و معایب زایمان طبیعی و سزارین، پرسشنامه سنجش سازه‌های مدل باور بهداشتی و پرسشنامه انتخاب روش زایمان بود. پرسشنامه مشخصات فردی و باروری مشتمل بر سنجش تعدادی از متغیرهای فردی نظیر سن، شغل، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، و همچنین تعدادی از متغیرهای مرتبط با وضعیت باروری از جمله سن بارداری هنگام شروع مراقبت‌ها، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، نحوه مراجعه در دوران بارداری، مراجعه به پزشک متخصص، چگونگی مراجعه به پزشک متخصص و منبع

کسب اطلاعات بهداشتی بود. در انتهای این پرسشنامه نیز سؤالی به منظور بررسی روش انتخابی جهت زایمان قرار داشت. پرسشنامه سنجش آگاهی مشتمل بر ۱۷ عبارت بود که به سنجش اطلاعات زنان باردار در مورد زایمان طبیعی و سزارین می‌پرداخت. این عبارات با سه گزینه بلی، خیر و نمی‌دانم پاسخ‌دهی می‌شد و به پاسخ درست یک نمره تعلق می‌گرفت، پاسخ اشتباه یا گزینه نمی‌دانم امتیازی نداشت. حداقل نمره کسب شده از این پرسشنامه صفر و حداکثر نمره آن ۱۷ بود. نمرات کسب شده از این پرسشنامه در سه گروه خوب (امتیازات ۱۷-۱۳)، متوسط (امتیازات ۱۲-۶) و ضعیف (امتیازات ۵-۰) طبقه‌بندی شدند.

پرسشنامه سنجش سازه‌های الگوی باور بهداشتی شامل عباراتی جهت سنجش سازه حساسیت درک شده (۷ عبارت در مورد درک از احتمال ایجاد عوارض مرتبط با سزارین)، سازه شدت درک شده (۷ عبارت در مورد درک از جدی بودن عوارض مرتبط با سزارین)، سازه منافع درک شده (۷ عبارت در مورد درک از منافع زایمان طبیعی) و سازه موانع درک شده (۷ عبارت در مورد درک از موانع انجام زایمان طبیعی) بود. تمامی عبارات با مقیاس لیکرت چهار نقطه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، کاملاً مخالفم) پاسخ داده می‌شدند و امتیاز حاصل از هر سازه بین ۲۸-۷ بود. امتیازات در هر سازه در سه گروه خوب (امتیازات ۲۸-۲۰)، متوسط (امتیازات ۱۹-۱۰) و ضعیف (امتیازات ۲۸-۲۰) طبقه‌بندی شدند.

روایی تمام پرسشنامه‌ها با استفاده از روش روایی محتوی و با لحاظ نمودن نظرات تعدادی از صاحب‌نظران در رشته‌های مامایی و آموزش بهداشت تأیید شد. جهت پایایی پرسشنامه آگاهی از روش آزمون بازآزمون استفاده شد و روایی پرسشنامه آگاهی با $I=0/97$ تأیید شد. جهت سنجش پایایی پرسشنامه سنجش سازه‌های الگوی باور بهداشتی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ در سازه حساسیت درک شده برابر با ۰/۷۵، در سازه شدت درک شده ۰/۸۱، در سازه موانع درک شده ۰/۹۲ و در سازه منافع درک شده برابر با ۰/۸۶ بود.

در مرحله جمع‌آوری اطلاعات، پژوهشگر ضمن مراجعه به مراکز سلامت جامعه به شناسایی افراد واجد شرایط

گناباد انجام شد و تمام موازین و مقررات اخلاق در پژوهش در این مطالعه رعایت شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۵۲ نفر مشارکت داشتند که ۳۱ نفر به دلیل مخدوش بودن پرسشنامه‌ها از مطالعه خارج شدند و در نهایت تجزیه و تحلیل بر روی ۳۲۱ نفر انجام گرفت. بر اساس نتایج تجزیه و تحلیل اطلاعات فردی، میانگین سن واحدهای پژوهش $23/94 \pm 4/18$ سال و میانگین سن همسر آنها $28/18 \pm 4/38$ سال بود. وضعیت مشارکت‌کنندگان از نظر میزان تحصیلات و شغل خود و همسرشان در جدول ۱ ارائه شده است. بر اساس آزمون‌های آماری کای اسکور و تست دقیق فیشر، مشارکت‌کنندگان در دو گروه درخواست زایمان طبیعی و سزارین از نظر این متغیرها اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند ($p > 0/05$).

معیارهای ورود به مطالعه می‌پرداخت و پس از توضیح اهداف مطالعه از آنها جهت شرکت در پژوهش دعوت به‌عمل می‌آورد. در صورت تمایل افراد جهت شرکت در مطالعه، رضایت کتبی و آگاهانه از آنها اخذ می‌گردید، سپس از واحدهای پژوهش درخواست می‌شد که پرسشنامه‌های پیش گفت را در حضور پژوهشگر تکمیل نمایند و در صورت وجود هرگونه سؤال یا ابهامی، پژوهشگر راهنمایی‌های لازم را ارائه می‌داد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آماری کای اسکور، تی دانشجویی و همبستگی پیرسون در سطح اطمینان ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

این مطالعه با مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی

جدول ۱- مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان به تفکیک دو گروه زایمان طبیعی و سزارین

متغیر	زایمان طبیعی		سطح معنی‌داری*
	تعداد (درصد)	سزارین تعداد (درصد)	
تحصیلات زن باردار	ابتدایی (۱۴/۷) ۳۵	(۱۶/۹) ۱۴	$p=0/943$
	راهنمایی (۲۱/۴) ۵۱	(۲۲/۹) ۱۹	
	دیپلم (۴۰/۳) ۹۶	(۳۸/۶) ۳۲	
	بالتر از دیپلم (۲۳/۵) ۵۶	(۲۱/۷) ۱۸	
شغل زن باردار	خانه‌دار (۸۹/۴) ۲۱۱	(۹۰/۴) ۷۵	$p=0/806$
	شاغل (۱۰/۶) ۲۵	(۹/۶) ۸	
شغل همسر	کارمند ادارات دولتی (۳۰/۷) ۷۳	(۲۰/۵) ۱۷	$p=0/229$
	کارمند بخش خصوصی (۲۸/۲) ۶۷	(۳۷/۳) ۳۱	
	کارگر (۳۴/۹) ۸۳	(۳۷/۳) ۳۱	
	بیکار (۶/۳) ۱۵	(۴/۸) ۴	
تحصیلات همسر	ابتدایی (۱۴/۳) ۳۴	(۱۵/۷) ۱۳	$p=0/109$
	راهنمایی (۳۰/۳) ۷۲	(۳۳/۷) ۲۸	
	دیپلم (۵۳/۳) ۸۴	(۴۱/۰) ۳۴	
	بالتر از دیپلم (۲۰/۲) ۴۸	(۹/۶) ۸	

* آزمون کای اسکور

جامعه انجام می‌دادند، اگرچه ۲۳۳ نفر (۰/۷۲/۱) از مشارکت‌کنندگان به‌طور همزمان تحت نظر پزشک متخصص نیز بودند. منبع کسب اطلاعات اکثر مشارکت‌کنندگان (۰/۵۹/۱) مراقبین سلامت مراکز سلامت جامعه بود. مشارکت‌کنندگان در دو گروه زایمان

میانگین سن بارداری در زمان شروع مراقبت‌های پره‌ناتال $14/11 \pm 13/57$ هفته و میانگین سن بارداری در زمان انجام مطالعه $31/80 \pm 14/44$ هفته بود. در مورد ۲۸۶ نفر (۰/۸۹/۱) از مشارکت‌کنندگان بارداری با تمایل زوجین همراه بود و ۲۹۸ نفر (۰/۹۲/۸) از آنها مراقبت‌های پره‌ناتال را به‌صورت منظم در مراکز سلامت

طبیعی و سزارین از نظر متغیرهای پیش گفت اختلاف آماری معنی داری نداشتند ($p > 0.05$).

روش انتخابی ۲۳۸ نفر (۰.۷۴/۱) از مشارکت کنندگان زایمان طبیعی و ۸۳ نفر (۰.۲۵/۹) سزارین بود. بیش از نیمی از مشارکت کنندگان (۰.۶۲/۲) اظهار داشتند که جهت انتخاب روش زایمان فقط نظر پزشک متخصص برایشان مهم است، برای ۶۱ نفر (۰.۱۸/۹) نظر همسر، ۳۱ نفر (۰.۹/۶) توصیه‌های مراقبین سلامت، ۱۶ نفر (۰.۵) نظر اقوام و دوستان و برای ۱۴ نفر (۰.۴/۳) نظر مادر، مهم‌ترین منبع انتخاب روش زایمان بود.

بررسی نمره آگاهی مشارکت کنندگان در مورد زایمان طبیعی و سزارین نشان داد که میانگین نمره آگاهی در مشارکت کنندگان $10/48 \pm 3/69$ (از ۱۷ نمره قابل

اكتساب) بود. در خصوص سازه‌های مدل باور بهداشتی نیز میانگین حساسیت درک شده $17/77 \pm 3/43$ (از ۲۸ نمره قابل اکتساب)، میانگین شدت درک شده $18/87 \pm 4/01$ (از ۲۸ نمره قابل اکتساب)، میانگین منافع درک شده $19/46 \pm 5/09$ (از ۲۸ نمره قابل اکتساب) و میانگین موانع درک شده $16/54 \pm 4/06$ (از ۲۸ نمره قابل اکتساب) بود. اکثر مشارکت کنندگان از نظر آگاهی، حساسیت درک شده و موانع درک شده در سطح متوسط قرار داشتند. در مورد سازه شدت درک شده توزیع فراوانی مشارکت کنندگان در دو سطح متوسط و خوب تقریباً با هم برابر بود و در سازه منافع درک شده اکثریت مشارکت کنندگان در سطح خوب بودند. جزئیات بیشتری از توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشارکت کنندگان در مورد آگاهی و سازه‌های مدل باور بهداشتی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشارکت کنندگان بر حسب سازه‌های مدل باور بهداشتی

سازه‌های مدل باور بهداشتی	ضعیف تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	خوب تعداد (درصد)
آگاهی	۱۴ (۴/۳)	۲۴۰ (۷۴/۵)	۶۸ (۲۱/۲)
حساسیت درک شده	۱۱ (۳/۴)	۲۲۷ (۷۰/۳)	۸۵ (۲۶/۳)
شدت درک شده	۱۲ (۳/۷)	۱۵۵ (۴۸/۰)	۱۵۶ (۴۸/۳)
منافع درک شده	۲۴ (۷/۵)	۹۴ (۲۹/۲)	۲۰۴ (۶۳/۴)
موانع درک شده	۲۲ (۶/۸)	۲۴۷ (۷۶/۷)	۵۳ (۱۶/۵)

بر اساس نتایج آزمون کای اسکوتر در بررسی ارتباط بین سازه‌های مدل باور بهداشتی و روش انتخابی برای زایمان، توزیع فراوانی مشارکت کنندگان در سطوح مختلف سازه‌های حساسیت درک شده و منافع درک شده در زایمان طبیعی و سزارین اختلاف آماری

معنی داری داشت ($p < 0.05$). میانگین نمره آگاهی، توزیع فراوانی مشارکت کنندگان در سطوح مختلف سازه‌های شدت درک شده و موانع درک شده اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین مشاهده نشد ($p > 0.05$) (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آگاهی و سازه‌های مدل باور بهداشتی بر حسب روش زایمان انتخابی

میزان معنی داری	سزارین			زایمان طبیعی		
	خوب تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	ضعیف تعداد (درصد)	خوب تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	ضعیف تعداد (درصد)
$p = 0.430$, $p = 0.178$	۱۴ (۱۷/۱)	۶۷ (۸۱/۷)	۱ (۱/۲)	۵۴ (۲۲/۷)	۱۷۳ (۷۲/۷)	۱۱ (۴/۶)
$p = 0.158$, $p = 0.023$	۱۳ (۵۱/۷)	۶۸ (۸۱/۹)	۲ (۲/۴)	۷۲ (۳۰/۳)	۱۵۷ (۶۶/۰)	۹ (۳/۸)
$p = 0.892$, $p = 0.303$	۳۹ (۴۷/۰)	۴۳ (۵۱/۸)	۱ (۱/۲)	۱۱۷ (۴۹/۲)	۱۱۰ (۴۶/۲)	۱۱ (۴/۶)
$p = 0.663$, $p = 0.001$	۴۵ (۵۴/۹)	۳۶ (۴۳/۹)	۱ (۱/۲)	۱۵۹ (۶۶/۸)	۵۸ (۲۴/۴)	۲۱ (۸/۸)
$p = 0.539$, $p = 0.077$	۹ (۱۰/۸)	۷۱ (۸۵/۵)	۳ (۳/۶)	۴۴ (۱۸/۶)	۱۷۴ (۷۳/۴)	۱۹ (۸/۰)

*آزمون کای اسکوتر، **آزمون تی دانشجویی

و همکار (۲۰۱۳) که بر روی زنان نخست باردار شهر سمیرم انجام شد، تمامی سازه‌های الگوی باور بهداشتی بین دو گروه انتخاب کننده زایمان طبیعی و سزارین اختلاف آماری معنی‌داری را نشان داد (۱۹). برخی دیگر از مطالعات ارتباط معنی‌داری بین حساسیت درک شده با روش زایمان انتخابی گزارش کردند (۲۰، ۲۱). نگاهبان و همکاران (۲۰۰۶) نیز ارتباط معنی‌داری بین سازه موانع درک شده و روش انتخابی زایمان مشاهده کردند. در مطالعه آنها مهم‌ترین دلیل انتخاب سزارین، ترس از درد زایمان بود (۲۲). در مطالعه باقیانی مقدم و همکاران (۲۰۱۶) که بر روی زنان باردار شهر یزد انجام شد، بین قصد انتخاب روش زایمان و سازه‌های منافع درک شده، حساسیت درک شده و خودکارآمدی درک شده ارتباط معناداری وجود داشت، اما بین آگاهی و سازه شدت درک شده با قصد زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت (۱۴). رحیمی کیان و همکاران (۲۰۰۹) یک مداخله آموزشی بر اساس مدل باور بهداشتی بر قصد انتخاب روش زایمان انجام دادند. در این مطالعه قبل از انجام مداخله دو گروه انتخاب کننده روش زایمان طبیعی و سزارین از نظر سه سازه حساسیت درک شده، موانع درک شده و منافع درک شده اختلاف آماری معنی‌داری داشتند، اما در سایر سازه‌های ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۸). همانگونه که بررسی مطالعات پیشین نشان می‌دهد، اگرچه نتایج این مطالعات تا حدی متناقض هستند، اما در تمامی این مطالعات چند سازه یا تمامی سازه‌های مدل باور بهداشتی بین دو گروه انتخاب کننده زایمان طبیعی و سزارین معنی‌دار بوده است. تناقض در نتایج این مطالعات و مطالعه حاضر را می‌توان ناشی از تفاوت‌های موجود در پیشینه اجتماعی و فرهنگی زنان باردار مورد مطالعه دانست، زیرا سازه‌های مدل باور بهداشتی متأثر از نگرش‌ها و باورهای جمعیت هدف می‌باشند. به هر حال نتیجه کاربردی در تمامی این مطالعات، علی‌رغم تناقضات جزئی در نتایج آنها، این مسئله است که نتیجه هر مطالعه می‌تواند منجر به طراحی یک برنامه آموزشی مناسب برای جمعیت هدف بر اساس سازه‌هایی شود که در انتخاب روش زایمان اثرگذارتر بوده‌اند.

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، نمره آگاهی با سازه حساسیت درک شده ($p < 0/0001$)، شدت درک شده ($p < 0/0001$)، منافع درک شده ($p < 0/0001$) و موانع درک شده ($p < 0/0001$) ارتباط آماری مستقیم و معنی‌داری داشت، به عبارت دیگر افزایش نمره آگاهی همراه با افزایش نمره تمامی سازه‌های مدل باور بهداشتی بود.

بررسی ارتباط سایر متغیرها با نوع روش انتخابی جهت زایمان نشان داد که نوع روش انتخابی در سطوح مختلف تحصیلات زن باردار ($p = 0/943$)، تحصیلات همسر ($p = 0/190$)، شغل زن باردار ($p = 0/806$) و شغل همسر وی ($p = 0/229$) اختلاف آماری معنی‌داری نداشت. همچنین میانگین سن زنان باردار در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین اختلاف آماری معنی‌داری نشان داد ($p = 0/093$). بر اساس نتایج آزمون کای اسکوئر، روش انتخابی جهت زایمان در سطوح مختلف متغیر منبع کسب اطلاعات در مورد روش‌های زایمان اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($p = 0/008$).

بحث

در مطالعه حاضر بین سطوح مختلف سازه‌های حساسیت درک شده و منافع درک شده با روش انتخاب شده جهت زایمان اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت، اما اختلاف آماری بین سطوح آگاهی، سازه شدت درک شده و سازه موانع درک شده با روش انتخابی جهت زایمان وجود نداشت. مطالعاتی که به بررسی ارتباط مدل باور بهداشتی با تمایل به انتخاب روش‌های زایمانی پرداخته‌اند، نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند. از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه زمانی علویچه و همکاران (۲۰۱۲) اشاره کرد که در بررسی زنان باردار اهوازی ارتباط معنی‌داری را بین تمامی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی با روش انتخابی جهت زایمان گزارش کردند (۱۷). در مطالعه لوک و همکاران (۲۰۱۵) که به بررسی عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری زنان هنگ کنگی برای انتخاب روش زایمان پرداختند، نمرات سازه شدت درک شده، سازه منافع درک شده و سازه منافع درک شده با روش زایمان ارتباط آماری معنی‌داری داشت (۱۸). در مطالعه افشاری

در مطالعه حاضر آگاهی ۴/۳٪ از مشارکت کنندگان نسبت به روش‌های زایمان ضعیف، ۷۴/۵٪ متوسط و ۱۲/۲٪ در حد خوب بود. اگرچه مطالعات مشابه نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند، اما وجه مشترک اکثر این مطالعات، بالاتر بودن سطح آگاهی متوسط در مورد روش‌های زایمانی است. از جمله در مطالعه بیگلری‌فر و همکاران (۲۰۱۵)، ۱۲٪ از زنان شهر ایلام آگاهی ضعیف، ۵۸/۸٪ آگاهی متوسط و ۲۲٪ آنها آگاهی خوب در مورد روش‌های زایمانی داشتند (۲۳). در مطالعه فرج‌زادگان (۲۰۰۹) اکثر مشارکت کنندگان (۵۵/۶٪) آگاهی متوسط نسبت به روش‌های زایمانی داشتند (۲۴). در مطالعه افشاری و همکار (۲۰۱۳) نیز اکثر واحدهای پژوهش آگاهی متوسط و ضعیفی در مورد روش‌های زایمانی داشتند (۱۹). در مطالعه اکبری (۲۰۱۷) نیز ۳۶/۲٪ زنان بارداری تهرانی آگاهی خوب، ۴۷/۶٪ آنان آگاهی متوسط و ۱۶/۲٪ آگاهی ضعیف نسبت به روش‌های زایمانی داشتند (۱۶). نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه نشان می‌دهد که در زمینه اجرای برنامه‌های آموزشی در مورد روش‌های زایمانی؛ مزایا و منافع هر روش نیاز به برنامه‌ریزی‌های جدی وجود دارد. در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین سطح تحصیلات زن باردار با روش انتخاب شده جهت ختم بارداری وجود نداشت. در برخی مطالعات نتایج مشابهی گزارش شده است که از جمله می‌توان به مطالعه افشاری و همکار (۲۰۱۳)، وفایی و همکاران (۲۰۱۳)، ضیاغم و همکاران (۲۰۱۳)، زمانی علویچه و همکاران (۲۰۱۲) و مطالعه باقیانی مقدم و همکاران (۲۰۱۴) اشاره کرد (۲۶، ۲۵، ۱۹، ۱۷، ۱۴). برخی دیگر از مطالعات نیز نتایج متناقضی داشته‌اند و ارتباط معنی‌داری بین تحصیلات زن باردار و روش انتخابی زایمان گزارش کرده‌اند (۲۸، ۲۷). در مطالعه اکبری و همکاران (۲۰۱۷) نیز ارتباط معنی‌داری بین نگرش نسبت به زایمان طبیعی و شغل و تحصیلات مادر گزارش شد (۱۶). لوک و همکاران (۲۰۱۵) ارتباط معنی‌داری بین سطح تحصیلات با روش انتخاب شده جهت زایمان گزارش کردند (۱۸).

همچنین در مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی‌داری بین شغل زن باردار و روش انتخابی جهت زایمان مشاهده

نشد. عبدالکریمی و همکاران (۲۰۱۶)، ضیاغم و همکاران (۲۰۱۳)، زمانی علویچه و همکاران (۲۰۱۲) و همچنین باقیانی مقدم و همکاران (۲۰۱۴) نیز نتایج مشابهی را گزارش کردند (۲۷، ۲۶، ۱۷، ۱۴). در مطالعات آنها ارتباط آماری معنی‌داری بین شغل زن باردار و روش انتخابی جهت زایمان وجود نداشت. اما در برخی مطالعات نتایج متناقض بوده و ارتباط آماری معنی‌داری بین شغل زن باردار و روش انتخابی زایمان گزارش شده است که از جمله آنها می‌توان به مطالعه علی‌محمدیان و همکاران (۲۰۰۳) بر روی زنان تهرانی، مطالعه لوک و همکاران (۲۰۱۵) و مطالعه کنعانی و همکاران (۲۰۱۴) اشاره کرد (۲۸، ۱۸، ۱۵). در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین سن زنان باردار و نوع روش انتخابی جهت زایمان مشاهده نشد. نتایج مشابهی در مطالعه عبدالکریمی و همکاران (۲۰۱۶) و مطالعه ضیاغم و همکاران (۲۰۱۳) و نتایج متناقضی در مطالعه کنعانی و همکار (۲۰۱۴) گزارش شده است (۲۷، ۲۶، ۱۵).

در مطالعه حاضر بررسی ارتباط منابع کسب اطلاعات در مورد روش‌های زایمانی نشان داد که مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات، مراقبین سلامت بوده‌اند و اختلاف معنی‌داری بین منبع کسب اطلاعات با روش انتخاب زایمان وجود داشت. در مطالعه لوک و همکاران (۲۰۱۵) هیچ‌یک از منابع کسب اطلاعات از جمله متخصص زنان، پرستاران، اقوام، بستگان و دوستان ارتباط آماری معنی‌داری با روش زایمان نداشتند، اما روش انتخابی برای زایمان در افرادی که از کتاب‌ها و اینترنت به‌عنوان منبع کسب اطلاعات استفاده کرده بودند، اختلاف آماری معنی‌داری را نشان داد (۱۸). ایمت و همکاران (۲۰۰۶) در یک مطالعه کیفی پس از بررسی تجربیات زنان جنوب شرق انگلیس و اسکاتلند در مورد فرآیند تصمیم‌سازی برای انتخاب روش زایمان، گزارش کردند که مراقبین سلامت اغلب نقشی حمایت‌گرانه در مورد انتخاب روش زایمان برای زنان باردار ایفا می‌کنند و اگرچه اکثر زنان با این شیوه مشکلی ندارند، اما برخی از آنان نیاز به راهنمایی‌های بیشتری دارند (۲۹).

مهم‌ترین نقطه قوت مطالعه حاضر، استفاده از حجم نمونه بالا نسبت به مطالعات مشابه می‌باشد. پژوهشگران

این مطالعه می‌تواند در مداخلات آموزشی با هدف حساس‌سازی زنان نسبت به عوارض سزارین و افزایش آگاهی آنان نسبت به مزایا و منافع زایمان طبیعی گام‌های مفید و مؤثری در مسیر ترویج زایمان طبیعی برداشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح مصوب شورای پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گناباد (کد: ۱۶/۸۸/ک/ت) می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی گناباد به انجام رسید. بدین‌وسیله از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی گناباد و همچنین حضور ارزشمند زنان باردار مشارکت‌کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

در مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بودند که از جمله آنها می‌توان به عدم وجود یک پرسشنامه استاندارد بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در مورد تمایل زنان به روش‌های زایمانی مختلف اشاره کرد. اگرچه سعی شد با ارزیابی دقیق روایی و پایایی پرسشنامه پژوهشگر ساخته این محدودیت کنترل شود، اما نتایج متناقض در مطالعات می‌تواند تا حدودی ناشی از یکسان نبودن پرسشنامه‌ها باشد. در این راستا پیشنهاد می‌شود که با توجه به اهمیت نیازسنجی آموزشی بر اساس مدل باور بهداشتی، مطالعات آینده در جهت طراحی و روان‌سنجی یک پرسشنامه استاندارد در این مورد هدایت شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر ارتباط کلیه سازه‌های الگوی باور بهداشتی با انتخاب روش زایمان را مشخص کرد. از نتایج

منابع

- Jarineshin H, Fekrat F, Kashani S. The Effect of paracetamol versus meperidine on postoperative pain of cesarean section. *Anesth Essays Res* 2017; 11(1):165-8.
- Betrán AP, Meriáldi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007; 21(2):98-113.
- He Z, Cheng Z, Wu T, Zhou Y, Chen J, Fu Q, et al. The costs and their determinant of cesarean section and vaginal delivery: an exploratory study in chongqing municipality, China. *Biomed Res Int* 2016; 2016:5685261.
- Dadipoor S, Alavi A, Safari Moradabadi A. A survey of the growing trend of caesarian section in Iran and the world: a review article. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016, 19(27):8-17.
- The server encountered an internal error that prevented it from fulfilling this request. HTTP Status. Available at: URL: <http://www.behdasht.gov.ir/index.jsp?fkeyid=&siteid=1&pageid=127&newsview=157345>; 2006.
- Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG* 2002; 109(6):618-23.
- Marx H, Wiener J, Davies N. A survey of the influence of patients' choice on the increase in the caesarean section rate. *J Obstet Gynaecol* 2001; 21(2):124-7.
- Rahimikian F, Mirmohamadali M, Mehran M, Aboozari K, Barough S. Effect of education designed based on health belief model on choosing delivery mode. *Hayat* 2009, 14(3-4):25-32. (Persian).
- Ilika F, Jamshidimanesh M, Hoseini M, Saffari M, Peyravi H. An evaluation of high-risk behaviors among female drug users based on Health Belief Model. *J Med Life* 2015; 8(Spec Iss 3):36-43.
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: John Wiley & Sons; 2008. P. 12-71.
- Taghdisi M, NejadSadeghi E. Evaluation of knowledge, attitude and health behaviour of the pregnant women consulted in Behbahan Health Centers in the field of urinary infections based on the health belief model (hbm) (2010). *Modern Care J* 2011; 8(3):143-51. (Persian).
- Vakili MM, Hidarnia AR, Niknami SH, Mousavinasab SN. Effect of communication skills training on health belief model constructs about AIDS in Zanjan health volunteers (2010-11). *ZUMS J* 2011; 19(77):78-93. (Persian).
- Keese M, Ahmad AS, Nelson W, Barney DD, Duran ES. An application of borrayo's cultural health belief model to HIV/AIDS seropositive hispanics living along the US/Mexico border. *J HIV AIDS Soc Ser* 2004; 3(3):9-34.
- Baghianimoghadam MH, Baghianimoghadam M, Jozi N, Hatamzadah N, Mehrabbik A, Hashemifard F, et al. The relationship between HBM constructs and intended delivery method. *J Toloo-e-Behdasht* 2014, 12:105-16.
- Kanani S, Allahverdi-pour H. Self-Efficacy of choosing delivery method and labor among pregnant women in Pars-Abad city. *J Educ Community Health* 2014; 1(2):39-47.
- Akbari N, Majlesi M, Rakhshani F, Montazeri A. Knowledge and attitude of pregnant women towards mode of delivery in Tehran, Iran. *Payesh* 2017, 16(2):211-8. (Persian).

17. Zamani-Alavijeh F, Shahry P, Kalhory M, Haghighizadeh M, Sharifirad G, Khorsandi M. Identification of factors related to elective cesarean labor: a theory-based study. *Sci Res J Shahed Univ* 2012, 19(96):1-11.
18. Loke AY, Davies L, Li SF. Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model. *BMC Health Serv Res* 2015; 15(1):274.
19. Afshari A, Ghafari M. A survey on selection of delivery method by nulliparous pregnant women using health belief model in Semrom, Iran, 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013, 16(47-48):22-9. (Persian).
20. Pakenham S, Chamberlain SM, Smith GN. Women's views on elective primary caesarean section. *J Obstet Gynaecol Canada* 2006; 28(12):1089-94.
21. Fuglenes D, Oian P, Kristiansen IS. Obstetrician's choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation? *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200(1):48.e1-8.
22. Negahban T, Ansari Jaberi A, Kazemi M. Preference methods of delivery and its relevant causes in view of pregnant women referring to public and private clinics in Rafsanjan city. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2006; 5(3):161-8. (Persian).
23. Biglarifar F, Veisani Y, Delpisheh A. Women's knowledge and attitude towards choosing mode of delivery in the first pregnancy. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 17(13):19-24. (Persian).
24. Farajzadegan Z, Ramazani M, Forughi A, Kelishadi M, Keypour M, Keypor M. Does cesarean section compromise mother's mental health? *Iran J Nurs Midwifery Res* 2009; 14(2):89-94.
25. Bushehr IH, Bushehr IG, Student Research Committee, Student Research Committee. Assessing the factors influencing delivery method selection in pregnant women referred to Public hospitals in Shiraz. *Adv Nurs Midwifery* 2013, 23(81):13-8.
26. Ziaghm S, Bakhshandeh Bavarsad M, Haghighi S, Sayhi M, Zargar-Natage M, Abadian S. Assessment of educational needs in pregnancy to choose the mode of delivery for nulliparous women. *Nurs Dev Health* 2014; 4(6-7):31-40. (Persian).
27. Abdolkarimy M, Zareipour MA, Rezaie Moradali M, Mahmoodi H, Movahed H, Alinejad M. Prediction of delivery type based on the theory of planned behaviors. *Nurs J Vulnerable* 2016, 3(7):47-58. (Persian).
28. Alimohamaian M, Shariat M, Mahmoodi M, Ramezanzadeh F. The influence of maternal request on the elective cesarean section rate in maternity hospitals in Tehran, Iran. *Payesh* 2003; 2(2):133-9. (Persian).
29. Emmett CL, Shaw AR, Montgomery AA, Murphy DJ; DiAMOND study group. Women's experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks. *BJOG* 2006; 113(12):1438-45.
- 30.