



## بررسی ارتباط بین سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و قصد انتخاب روش زایمان

نویسندگان: محمدحسین باقیانی مقدم<sup>۱</sup> ملک ناز باقیانی مقدم<sup>۲</sup> فاطمه جوزی<sup>۳</sup> ناصر حاتم زاده<sup>۴</sup> اکرم محراب بیک<sup>۳</sup> فائزه هاشمی فرد<sup>۴</sup> طاهره هاشمی فرد<sup>۵</sup>

۱. استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۲. دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۳. دانشجوی دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۴. دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم

۵. نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شهیصدوقی یزد تماس: ۰۹۱۷۷۰۰۹۰۰۵ Email: Hashemifardt@yahoo.com

### چکیده

**مقدمه:** زایمان بعنوان یک تجربه بحرانی در دوران زندگی زنان تلقی می شود که دارای ابعاد جسمی، اجتماعی، فیزیولوژیک، فرهنگی و روانی می باشد. تامین، حفظ و ارتقاء سلامت مادران و نوزادان بعنوان دو گروه آسیب پذیر جامعه اهمیت ویژه ای دارد. از این رو ترویج زایمان طبیعی در تمام سطوح نظام بهداشتی و درمانی کشور بعنوان سیاستی اساسی همواره مورد توجه قرار گرفته است.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر توصیفی بود که بر روی ۱۳۰ نفر از زنان باردار نخست زایی که در سه ماهه سوم بارداری به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد مراجعه کرده و به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند، در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. داده ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته که دارای ۴ بخش بود و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته بود جمع آوری گردید. داده های گردآوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و با استفاده از شاخصهای میانگین و انحراف معیار توصیف شد. رابطه بین سازه ها و متغیرهای دموگرافیک با استفاده از آزمونهای من ویتنی، کروسکال والیس و کای اسکور آنالیز شد.

**یافته ها:** در این پژوهش میانگین سنی زنان  $37/73 \pm 24/36$  و میانگین سن بارداری  $35/2 \pm 31/53$  بود. از کل زنان باردار تحت مطالعه  $26/2\%$  قصد انجام زایمان به روش سزارین و  $73/8\%$  قصد انجام زایمان طبیعی را داشتند. بین قصد انتخاب روش زایمان و سازه های منافع درک شده ( $p = 0/001$ )، موانع درک شده ( $p = 0/001$ )، خودکارآمدی درک شده ( $p = 0/001$ ) و حساسیت درک شده ( $p = 0/002$ ) ارتباط معنی دار وجود داشت اما بین قصد انتخاب روش زایمان و سازه شدت درک شده ( $p = 0/505$ ) و آگاهی ( $p = 0/756$ ) ارتباط معناداری وجود نداشت.

**نتیجه گیری:** نتایج نشان داد که مدل اعتقاد بهداشتی می تواند بر قصد مادران تاثیر بگذارد، لازم است برنامه آموزشی مناسب براساس یافته های بررسی تنظیم و به زنان ارائه شود.

**واژه های کلیدی:** روش زایمان، قصد رفتاری، مدل اعتقاد بهداشتی، مادران باردار.

## طلوع بهداشت

فصلنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال دوازدهم

شماره: چهارم

زمستان ۱۳۹۲

شماره مسلسل: ۴۱

تاریخ وصول: ۹۲/۶/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۸/۲۰

**مقدمه**

زایمان فرایندی چند بعدی دارای ابعاد جسمی، هیجانی، اجتماعی، فیزیولوژیک، فرهنگی و روانی است و بعنوان یک تجربه بحرانی در دوران زندگی زنان تلقی می شود. زایمان یکی از موهبت های الهی برای تولید نسل بشر است که از بدو تولد آدم تاکنون همواره ادامه داشته است (۱). تامین، حفظ و ارتقاء سلامت مادران و نوزادان بعنوان دو گروه آسیب پذیر جامعه اهمیت ویژه ای دارد. از این رو ترویج زایمان طبیعی در تمام سطوح نظام بهداشتی و درمانی کشور بعنوان سیاستی اساسی همواره مورد توجه قرار گرفته است (۲).

اولین کسی که در تاریخ پزشکی سزارین را به ثبت رسانده، فرانسوا روست فرانسوی در سال ۱۵۸۱ است، بعلت مرگ و میر زیاد استفاده از این عمل تا اواخر قرن ۱۹ محدود بود ولی با بهبود تکنیک های جراحی و بیهوشی و مراقبت های بهتر قبل و بعد از عمل جراحی، در قرن بیستم بعنوان راه دیگر برای تولد نوزاد شناخته شده است (۳). اولین عمل سزارین بر روی یک زن زنده در سال ۱۸۰۰ انجام شد (۴).

عمل سزارین نوعی روش جراحی است که بوسیله آن نوزاد از طریق برشی که در دیواره شکم و جدار رحم ایجاد می شود، متولد می گردد (۵). اندیکاسیون های انجام این عمل متفاوت بوده و شامل سزارین قبلی، زایمان قبلی، زجر جنینی و نمایش بریج است (۶). شواهد نشان می دهد که میزان سزارین طی دو دهه اخیر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه افزایش یافته است (۷). مخصوصا در آسیا و در کشور چین بیش از ۵۰٪ زایمانها بصورت سزارین انجام می شود (۸). دلیل این افزایش، ضرورت انجام سزارین نیست بلکه با روند افزایشی خود بویژه

در کشورهای کمتر توسعه یافته بعنوان روشی برای فرار از درد زایمان تبدیل شده است (۹). در ایران تقریباً ۴۰٪ زایمانها در بیمارستان های دولتی و ۹۰٪ در بیمارستان های خصوصی به روش سزارین گزارش شده است (۱۰). سازمان بهداشت جهانی حد قابل قبول سزارین را حداکثر ۱۵-۱۰٪ از همه موارد زایمان های انجام شده اعلام کرده که هیچ توجیهی برای افزایش آن در مناطق مختلف جهان وجود ندارد. (۱۱) زایمان طبیعی دارای مزایای بی شماری از جمله مقرون به صرفه بودن، کوتاه بودن مدت بستری در بیمارستان، عدم نیاز به بیهوشی، احتمال کمتر عفونت و خونریزی می باشد (۱۲). اما در مقایسه با آن عمل سزارین عوارض جانبی بسیاری برای مادر و نوزاد دارد از جمله عفونت رحم و محل جراحی، آسیب محل جراحی، خونریزی و لخته شدن خون در رگها، عوارض مغزی و مرگ نوزاد (۵). همچنین میزان مرگ و میر در زایمان سزارین ۵-۴ بار بیشتر از زایمان واژینال است (۱۳). نوزادان حاصل از سزارین ۵ برابر بیشتر از نوزادان حاصل از زایمان طبیعی در معرض خطر ابتلا به افزایش فشارخون ریوی هستند (۱۴). متخصصان معتقدند که مشکلات تنفسی در زایمان طبیعی کمتر است. بیهوشی بکار رفته در سزارین باعث کاهش ذخیره اکسیژن تنفسی نوزاد شده و گاهی او را به داروهایی برای مقابله با این مشکل نیازمند می کند. بطور کلی محققان معتقدند مراحل زایمان طبیعی نوزاد را برای زندگی در خارج از رحم آماده می کند (۱۵).

اسمیت و همکاران در ایتالیا راجع به خطر مشکلات تنفسی در نوزادان مطالعه ای بر روی ۷۲۰ نوزاد که به دو روش سزارین و زایمان طبیعی دنیا آمده بودند انجام دادند، نتایج بدست آمده حاکی از این بود که نوزادان حاصل از سزارین در معرض خطر



برنامه ریزی آموزشی ابتدا ابعاد این مدل را بررسی کنند چرا که شناخت این عوامل به برنامه ریزان کمک می کند که برنامه های موثرتری بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی طراحی کنند تا موجبات ترغیب زنان برای اتخاذ رفتار زایمان طبیعی فراهم شود و در طولانی مدت به کاهش تعداد موارد سزارین منجر شود.

### روش بررسی

مطالعه حاضر توصیفی و مقطعی بود که بر روی زنان باردار نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد که در سه سوم بارداری بودند در سال ۱۳۹۲ انجام شد. حجم نمونه با در نظر گرفتن ضریب همبستگی ۰/۲۵ و توان آزمون ۸۰٪ و سطح اطمینان ۹۵٪ و با استفاده از فرمول، حجم نمونه ۱۳۰ نفر تعیین شد. نمونه به این طریق انتخاب شدند که ابتدا از بین مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد ۶ مرکز بطور تصادفی انتخاب و سپس با بررسی پرونده های مادران باردار، لیست مادران واجد شرایط را به روش آسان و در دسترس مشخص و از آنها دعوت بعمل آمد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: محدوده سنی ۱۸-۳۵ سال، قد بالای ۱۴۵ سانتی متر، محدوده وزنی ۹۰-۵۰ کیلوگرم، نخست زایی، سن بارداری ۲۸ هفته به بعد و رضایت و همکاری زنان باردار و معیارهای خروج شامل مشکلات جفتی، تشخیص حاملگی چندقلویی، لگن کوچک، دیابت حاملگی، سابقه فشارخون بالا، مسمومیت حاملگی و سابقه سقط بود.

ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه ای محقق ساخته و مشتمل بر ۴ بخش است. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک مادر باردار (۱۶ سوال)، بخش دوم شامل سوالات مربوط به آگاهی (۱۸ سوال) بخش سوم شامل سوالات مربوط به حساسیت درک

بیشتری برای پیشرفت مشکلات تنفسی هستند (۱۶). در زمینه پژوهشهایی که در حوزه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت انجام می شود نظریات و الگوهای رفتاری زیادی جهت بررسی رفتارهای مرتبط به سلامت ارائه شده است (۱۷). انتخاب یک الگو برای آموزش بهداشت، اولین گام در فرایند برنامه ریزی هر برنامه آموزش بهداشت است و الگوی مناسب برنامه را در مسیر صحیح آغاز و آن را در جهت حرکت صحیح نگه می دارد. یکی از مدل های آموزشی مطرح در آموزش بهداشت مدل اعتقاد بهداشتی است (۱۸). الگوی اعتقاد بهداشتی بر این اصل مبتنی است که افراد در صورتی رفتار سالم انجام می دهند که احساس کنند در معرض خطر قرار دارند (سازه حساسیت درک شده)، خطرات انجام رفتار ناسالم جدی است (شدت درک شده)، انجام رفتار سالم برای آنها منافع زیادی دارد (منافع درک شده)، موانع انجام رفتار سالم را می توان رفع کرد (موانع درک شده)، برای انجام رفتار سالم فرد خود را توانا ببیند (خودکارآمدی درک شده) (۱۷). در تعدادی از مطالعات قصد رفتاری که یکی از سازه های تئوری عمل منطقی است به مدل اعتقاد بهداشتی افزوده شده است (۱۹،۲۰) قصد رفتاری بعنوان یک جزء کلیدی در بسیاری از الگوها بچشم می خورد. قصدها مهمترین پیش بینی کننده های رفتار هستند (۲۱). در بسیاری اوقات اندازه گیری رفتار یا عملاً غیرممکن است و یا از نظر اخلاقی امکانپذیر نیست، به همین دلیل محققان تعیین کننده های آن مانند قصد را می سنجند (۲۲). این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین سازه های مدل اعتقاد بهداشتی با قصد انتخاب رفتار زایمان طبیعی در مادران باردار نخست زای شهر یزد انجام شده است. در این مطالعه سعی محققین بر این بود که قبل از اقدام به



پایایی آن از طریق روش آزمون آلفای کرونباخ بر روی ۲۰ نفر از مادران باردار واجد شرایط سنجیده شد. ضریب آلفای کرونباخ همبستگی درونی سازه های مدل عبارت بودند از: حساسیت درک شده ۰/۷۸، شدت درک شده ۰/۶۹، موانع درک شده ۰/۹۱، منافع درک شده ۰/۷۵، خودکارآمدی درک شده ۰/۸۵. بمنظور تکمیل پرسشنامه، تیم تحقیق در طی تماس تلفنی با معرفی خود و بیان اهداف مطالعه، ابتدا نمونه ها را به مراکز بهداشتی درمانی مربوطه دعوت و بعد از اخذ رضایت شفاهی آنها پرسشنامه ها را بین خانم های باردار مراجعه کننده توزیع کرده و در هنگام توزیع پرسشنامه توضیحات لازم برای پاسخگویی مناسب به سوالات ارائه گردید. ضمن اینکه به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد. داده های گردآوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و با استفاده از شاخصهای میانگین و انحراف معیار توصیف شد. رابطه بین سازه ها و متغیرهای دموگرافیک با استفاده از آزمونهای من ویتنی، کروسکال والیس و کای اسکور آنالیز شد.

#### یافته ها

در این پژوهش ۱۳۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر یزد با میانگین سنی  $31/73 \pm 24/36$  و با میانگین سن بارداری  $31/53 \pm 2/53$  مورد مطالعه قرار گرفتند. از کل زنان باردار تحت مطالعه  $26/2\%$  قصد انجام زایمان به روش سزارین و  $73/8\%$  قصد انجام زایمان طبیعی را داشتند. ۱۱۹ نفر (۹۱/۵٪) از مادران خانه دار و ۱۱ نفر (۸/۵٪) آنها شاغل بودند. در خصوص تحصیلات مادران، ۱/۵٪ بیسواد، ۱۰٪ ابتدایی، ۱۷/۷٪ راهنمایی، ۳۹/۲٪ دیپلم و ۳۱/۵٪ با تحصیلات دانشگاهی و در مورد میزان تحصیلات همسرانشان ۲/۳٪ بیسواد، ۶/۲٪ ابتدایی، ۱۹/۵٪

شده (۶ سوال)، شدت درک شده (۱۰ سوال)، منافع درک شده (۱۸ سوال)، موانع درک شده (۱۰ سوال) و خودکارآمدی درک شده (۶ سوال) و بخش چهارم سوالات مربوط به قصد رفتار (۱ سوال) بود. نمره گذاری سوالات مربوط به آگاهی از ۱۸-۰ بود، برای پاسخ صحیح نمره ۱ و پاسخ غلط و نمی دانم نمره ۰ در نظر گرفته شد. نمره ۰-۶ سطح آگاهی پایین، نمره ۱۲-۷ سطح آگاهی متوسط و نمره ۱۸-۱۳ سطح آگاهی بالا را نشان می داد. سوالات مربوط به سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بر اساس مقیاس لیکرت شامل ۵ پاسخ از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم بوده که به پاسخ صحیح امتیاز ۵ و پاسخ غلط امتیاز ۱ داده شد. نمره سازه حساسیت درک شده از ۳۰-۶ در نظر گرفته شد. نمره ۱۴-۶ حساسیت درک شده سطح پایین، نمره ۲۳-۱۵ حساسیت درک شده سطح متوسط و نمره ۳۰-۲۴ نمره حساسیت سطح بالا را نشان می داد. نمره سازه شدت درک شده از ۵۰-۱۰ بود، نمره ۲۳-۱۰ شدت درک شده سطح پایین، ۳۷-۲۴ شدت درک شده سطح متوسط و ۵۰-۳۸ شدت درک شده سطح بالا در نظر گرفته شد. نمره منافع درک شده از ۹۰-۱۸ بود که نمره ۴۲-۱۸ منافع درک شده سطح پایین، ۶۶-۴۳ منافع درک شده سطح متوسط و نمره ۹۰-۶۷ منافع درک شده سطح بالا را نشان می داد. نمره گذاری موانع درک شده از ۵۰-۱۰ بود، نمره ۲۳-۱۰ موانع درک شده سطح پایین، ۳۷-۲۴ موانع درک شده سطح متوسط و ۵۰-۳۸ موانع درک شده سطح بالا را نشان می داد. سازه خودکارآمدی درک شده از ۳۰-۶ نمره گذاری شد. نمره ۱۴-۶ خودکارآمدی سطح پایین، نمره ۲۳-۱۵ خودکارآمدی سطح متوسط و نمره ۳۰-۲۴ خودکارآمدی سطح بالا را نشان می داد. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات چندتن از متخصصان و



راهنمایی، ۴۰/۸٪ دیپلم و ۲۹/۲٪ با تحصیلات دانشگاهی بودند. میزان درآمد ۶۳/۸٪ خانواده ها از ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان بود. قابل ذکر است که از نظر ویژگیهای دموگرافیک مورد بررسی (شغل مادر، شغل همسر، تحصیلات مادر، تحصیلات همسر، سن مادر و درآمد ماهیانه) مادران دو گروه زایمان به روش سزارین و طبیعی با هم اختلاف معنی دار نداشتند.

میانگین امتیازات آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی شامل منافع درک شده ۶۹/۶۰ (از مجموع ۹۰ نمره قابل اکتساب)، موانع درک شده ۳۶/۶۱ (از مجموع ۵۰ نمره قابل اکتساب)، خودکارآمدی درک شده ۲۰/۹۲ (از مجموع ۳۰ نمره قابل اکتساب)، حساسیت درک شده ۱۹/۰۶ (از مجموع ۳۰ نمره قابل اکتساب)، شدت درک شده ۳۱/۳۰ (از مجموع ۵۰ نمره قابل اکتساب) و آگاهی ۴/۹۸ (از مجموع ۱۸ نمره قابل اکتساب) بدست آمد (جدول ۱).

میانگین نمره آگاهی زنان باردار از انواع روشهای زایمانی و مزایا و معایب آن  $3/62 \pm 4/98\%$  بود.  $67/7\%$  مادران از آگاهی پایین،

### جدول ۱: توزیع میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و محدوده نمرات قابل اکتساب

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	محدوده نمرات قابل کسب
منافع درک شده	۶۹/۶	۲۹/۹	۱۸-۹۰
موانع درک شده	۳۶/۶۱	۶/۸۴	۱۰-۵۰
خودکارآمدی درک شده	۲۰/۹۲	۵/۱۳	۶-۳۰
حساسیت درک شده	۱۹/۰۶	۴/۰۲	۶-۳۰
شدت درک شده	۳۱/۳۰	۵/۵۸	۱۰-۵۰
آگاهی	۴/۹۸	۳/۶۲	۰-۱۸

۲۷/۷٪ از آگاهی متوسط و ۴/۶٪ از آگاهی بالا برخوردار بودند. میانگین نمره آگاهی زنان در دو گروه روش زایمانی سزارین و طبیعی تفاوت معنی داری نداشت. ۲۳/۸٪ زنان از روش مهار درد اطلاع داشتند اما ۷۶/۲٪ فاقد اطلاعات لازم بودند. از نظر سطوح سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی سازه های حساسیت درک شده، شدت درک شده و خودکارآمدی درک شده در سطح متوسط و سازه های منافع درک شده و موانع درک شده در سطح بالا قرار داشتند (جدول ۲).

نتیجه آزمون من ویتنی نشان داد که بین قصد انتخاب روش زایمان و سازه های منافع درک شده ( $p = 0/001$ )، موانع درک شده ( $p = 0/001$ )، خودکارآمدی درک شده ( $p = 0/001$ ) و حساسیت درک شده ( $p = 0/002$ ) ارتباط معنی دار وجود دارد اما بین قصد انتخاب روش زایمان و سازه شدت درک شده ( $p = 0/505$ ) و آگاهی ( $p = 0/756$ ) ارتباط معناداری وجود ندارد (جدول ۳).



جدول ۲: توزیع فراوانی سطوح آگاهی و سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی در افراد تحت مطالعه

سازه ها		پایین		متوسط		بالا	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۲	۱/۵	۳۶	۲۷/۷	۹۲	۷۰/۸		
۴	۳/۱	۵۸	۴۴/۶	۶۸	۵۲/۳		
۱۷	۱۳/۱	۶۱	۴۶/۹	۵۲	۴۰		
۱۵	۱۱/۵	۹۲	۷۳/۱	۲۰	۱۵/۴		
۶	۶/۲	۱۰۴	۸۰	۱۸	۱۳/۸		
۸۸	۶۷/۷	۳۶	۲۷/۷	۶	۴/۶		

جدول ۳: توزیع میانگین و انحراف معیار آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بر حسب قصد انتخاب روش زایمان

p	سزارین		طبیعی		قصد رفتاری سازه ها
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۱	۸/۸۱	۶۴/۲۴	۸/۷۴	۷۱/۵۰	منافع درک شده
۰/۰۰۱	۷/۰۷	۳۸/۴۱	۵/۸۱	۳۱/۵۸	موانع درک شده
۰/۰۰۱	۳/۹۰	۱۵/۷۰	۴/۱۵	۲۲/۷۷	خودکارآمدی درک شده
۰/۰۰۲	۴/۴۰	۱۷/۰۵	۳/۶۴	۱۹/۷۸	حساسیت درک شده
۰/۵۰۵	۴/۸۳	۳۱/۰۸	۵/۸۴	۳۱/۳۷	شدت درک شده
۰/۷۵۶	۴/۰۷	۵/۳۸	۳/۴۵	۴/۸۴	آگاهی

دار آماری وجود داشت، مادرانی که همسرانشان از تحصیلات بالاتری برخوردار بودند موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده و آگاهی بیشتری داشتند، اما تحصیلات مادر فقط با آگاهی ( $p = ۰/۰۰۲$ ) معنی دار بود و با سایر متغیرهای دموگرافیک و سازه های مدل معنادار نبود. شغل همسر فقط با آگاهی مادران

بر اساس نتایج بدست آمده با استفاده از آزمون آماری کروسکال والیس میانگین نمره منافع درک شده با سن مادران اختلاف معنی داری ( $p = ۰/۰۲۵$ ) نشان داد. همچنین بین موانع درک شده ( $p = ۰/۰۱۷$ )، خودکارآمدی درک شده ( $p = ۰/۰۱۲$ ) و آگاهی مادران با تحصیلات همسران ( $p = ۰/۰۳۹$ ) رابطه معنی



انتخاب روش زایمان رابطه معنادار وجود نداشت. این یافته با نتایج مطالعه فتحیان و همکاران (۲۵) و شریفی راد و همکاران (۱)، رضاخانی مقدم و همکاران (۲۶)، افشاری و همکاران (۲۳) و کونگ و همکاران (۲۷) همخوانی داشت. شاید عدم وجود رابطه بین سن، شغل، تحصیلات مادر با قصد انتخاب روش زایمان در تحقیق حاضر به این علت است که در این تحقیق فقط کلیه زنان باردار شکم اول وارد شده اند که از این لحاظ همگن بودند. از بین ویژگیهای فردی فقط تحصیلات شوهر با قصد انتخاب روش زایمان ارتباط معنادار داشت. به نظر می رسد که این یافته یک امر طبیعی باشد چرا که زندگی زناشویی یک زندگی مشترک است، در امر باروری نیز مشارکت و تشریک مساعی مردان الزامی است و مردان یکی از ارکان مهم خدمات بهداشت باروری می باشند، بنابراین بنظر می رسد که تحصیلات شوهران و انتقال اطلاعات از طریق آنها به همسرانشان بر قصد انتخاب روش زایمان موثر باشد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر اکثر زنان مورد بررسی آگاهی ضعیف از انواع روشهای زایمانی و مزایا و معایب آن داشتند که این موضوع بیانگر عدم کفایت آموزشهای دوران بارداری در مراکز بهداشتی مورد مطالعه بوده است.

در این مطالعه بین قصد انتخاب روش زایمان با سازه های منافع و موانع درک شده ارتباط معناداری وجود داشت که کاملاً طبیعی بنظر می رسید. امتیازات موانع درک شده در گروه با قصد زایمان طبیعی بطور معناداری پایین تر از گروه با قصد سزارین بود. زنانی که قصد داشتند روش سزارین را انتخاب کنند موانع بیشتری برای انجام زایمان طبیعی بر سر راه خود می دیدند. مطالعه نگاهبان و همکاران (۲۸) و ناتال و همکاران (۲۹) نشان

( $p = 0/005$ ) رابطه معنی دار داشت. بدین صورت که میانگین آگاهی مادرانی که همسران دانشجو داشتند نسبت به بقیه گروههای شغلی بیشتر بود. همچنین نتیجه آزمون کای دو نشان داد که قصد انتخاب روش زایمان از بین متغیرهای دموگرافیک فقط با تحصیلات همسر ( $p = 0/045$ ) معنی دار بوده است و با سایر متغیرهای دموگرافیک ارتباط معنی داری نداشت و عمده ترین راهنماها برای عمل از نظر زنان مورد بررسی شامل پزشکان، همسران، مادر، کارمندان بهداشتی، رسانه های گروهی و دوستان به ترتیب با  $58\%$ ،  $45\%$ ،  $38\%$ ،  $16\%$ ،  $9\%$  و  $3/5\%$  بود.

### بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف برخی عوامل مرتبط با قصد انتخاب روش زایمان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در زنان باردار نخست زای شهر یزد انجام شده است. از کل زنان مورد مطالعه  $26/2\%$  نفر قصد انجام زایمان به روش سزارین را داشتند و سایر افراد قصد انجام زایمان طبیعی را داشتند. در مطالعه مقطعی افشاری و همکاران که با هدف بررسی انتخاب روش زایمان توسط زنان باردار نخست زای شهر سمیرم با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد  $28/8\%$  زنان قصد انجام زایمان به روش سزارین را داشتند، (۲۳) که با نتایج مطالعه حاضر تقریباً همخوانی داشت. در مطالعه حاضر میانگین سن شرکت کنندگان در مطالعه  $24/36$  سال بود که به میانگین سنی مطالعه افشاری و همکاران (۲۳)، شریفی راد و همکاران (۱) و رستگاری و همکاران نزدیک بود. (۲۴) در این مطالعه بین ویژگیهای فردی - اجتماعی افراد تحت بررسی (سن مادر، شغل مادر، شغل همسر، تحصیلات مادر، آگاهی، سن بارداری و درآمد ماهیانه) با قصد



عوارض سزارین اطلاعات داده شود و شخص از طریق احساس در معرض خطر بودن رفتار زایمان طبیعی را انتخاب کند. نبودن ارتباط معنادار بین شدت درک شده و قصد انتخاب زایمان طبیعی تا حدودی از این ادعا حمایت می کند.

در خصوص راهنما برای عمل مهمترین فرد برای اکثر مادران پزشک و در درجات بعدی شوهر و مادر بود. این موضوع نقش مهم پزشکان را در این مورد نشان می دهد. در مطالعه ای از فرجی به نقل از شریفی راد ۷۰٪ زنان، پزشک را عامل تعیین کننده زایمان می دانستند (۱). این نتیجه با مطالعه رضاخانی مقدم همخوانی دارد. لذا ضرورت دارد که پزشکان در اولویت آموزش و توجیه سازی قرار گیرند (۲۶).

نتایج بررسی دیگری بیان می کند که هر چه نسبت به تعیین کننده های یک رفتار شناخت بیشتری کسب شود موفقیت مداخلات در جهت اصلاح آن رفتار بیشتر خواهد شد (۳۲). در پژوهش حاضر علاوه بر سازه های مدل اعتقاد بهداشتی متغیر قصد رفتاری نیز مورد مطالعه قرار گرفت. قصد رفتاری بعنوان یک جزء کلیدی در بسیاری از الگوها دیده می شوند. قصد مهمترین پیش بینی کننده های رفتار می باشد اما برای انجام رفتار، تنها قصد انجام رفتار کفایت نمی کند. گاهی قدرت رابطه قصد- رفتار کم است و تبدیل قصد به رفتار در برخی مواقع چالشی اساسی است (۳۳). با این وجود در مطالعاتی نیز رابطه قوی بین قصد و رفتار تایید شده است (۳۴). که در مطالعه حاضر نیز قصد رفتاری برای زایمان طبیعی بسیار قوی بوده است با توجه به یافته های فوق پیشنهاد می گردد که در پژوهشهای بعدی بطور دقیقتر به چگونگی ارتباط قصد با رفتار انتخاب زایمان طبیعی پرداخته شود.

دادند که موانع درک شده در انتخاب روش زایمان موثر است بگونه ای که مهمترین دلیل انتخاب سزارین، ترس از درد زایمان طبیعی است و بیشترین عامل انتخاب زایمان طبیعی، گذراندن یک روند عادی، بهبودی سریعتر و بی خطر بودن آن می باشد. که نتایج این مطالعات تاییدکننده نتایج مطالعه حاضر می باشد. بر اساس این نتایج زمانی مادران باردار قصد انتخاب روش زایمان طبیعی را خواهند داشت که: ۱- موانع کمتری را احساس کنند ۲- منافع انجام زایمان طبیعی را بخوبی درک کنند ۳- احساس کنند که در صورت انجام سزارین خطرات و عوارضی سلامت خود و نوزادشان را تهدید می کند ۴- تشویق افرادی که برای مادران مهم هستند بر قصد انتخاب روش زایمان طبیعی موثر است. بنابراین اتخاذ راهکارهای مناسب برای رفع موانع درک شده جهت انجام زایمان طبیعی می تواند موثر باشد.

از دیگر نتایج تحقیق می توان به نمره خودکارامدی درک شده اشاره کرد که در گروه با قصد زایمان طبیعی بالاتر از گروه با قصد سزارین بود. در واقع خودکارامدی مانند پلی بین نحوه تفکر و قصد و بروز رفتار خاص عمل می کند. در مطالعه خرسندی و همکاران با هدف بررسی خودکارامدی زنان باردار، خودکارامدی بعنوان عنصر کلیدی در انتخاب روش زایمان و کنترل ترس از زایمان طبیعی مورد تایید قرار گرفت (۳۰).

در مطالعه حاضر حساسیت درک شده نیز با قصد ارتباط معناداری داشت که با نتایج بدست آمده از مطالعه باقیانی مقدم و همکاران در یک راستا بود (۳۱) اما با سازه شدت درک شده رابطه معنی دار وجود نداشت. اگر به مادران باردار اطلاعات کافی راجع به فواید انجام زایمان طبیعی داده شود بهتر می تواند میزان انجام این رفتار را افزایش دهد تا اینکه به مادران در مورد





## تشکر و قدردانی

لذا بدین وسیله از ایشان و تمام کارکنان مراکز بهداشتی شهر یزد و خانمهای باردار تحت مطالعه که ما را در انجام این مطالعه یاری دادند صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی یزد می باشد که با حمایت معاونت محترم پژوهشی انجام گردید

## References

- 1-Sharifirad GR, Fathian Z, Tirani M, Mahaki B. Study on behavioral intention model (BIM) to the attitude of pregnant women toward normal delivery and cesarean section in province of Esfahan, Khomeiny Shahr, 2006. J Ilam Univ Med Sci 2007;15(1):19-23.[Persian]
- 2-Mosadegh Rad AM, Malekiha Z. The survey of normal vaginal and cesarean delivery frequency and reasons for its conduction cesarean associated reasons at Isfahan Medical University Hospitals, 2002. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2005; 23(2): 161-9.[Persian]
- 3-Cunningham FG, Leveno KJ, Bloome SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics 22ed. New York: MC Graw-Hill; 2011:865-6.
- 4-Hamilton BE, Martin JA, Sutton PD. Births: Preliminary data for 2002. National Center for Health Statistics 2003;51(1):
- 5-Karami K, Najafian M, Shahri P, Faizi S, Noorifard Z. Comparison of Frequency Vaginal and Cesarean Deliveries. Iranian J Publ Health 2009;38,(4), 97-102.[Persian]
- 6-Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, et al. William's Obstetrics, 2010. Translated by Ghazi Jahani Bahram, Ghotbi. Tehran: Golban2010;693-96. [Persian]
- 7- Jackson S, Fleege L, Fridman M, Gregory K, Zelop C, Olsen J. Morbidity following primary cesarean delivery in the Danish National Birth Cohort. Am J Obstet Gynecol 2012; 206(2):139 -45.
- 8-WHO. half of China`s birth are csection. Tehran Times 2010. Available from: [http://www .tehrantimes .com/ index \\_view.asp?cod =212178](http://www.tehrantimes.com/index_view.asp?cod=212178) [cited by June 21,2010].
- 9-Bahonar AR, Shabani AA, Aghajani M. Determinants of Cesarean and its Trend in Damghan Iran. Iranian Journal of Epidemiology 2010; 6(1):33-8.[Persian]
- 10-Torkzahrani S, Commentary: childbirth education in Iran. J PerinatEduc 2008;17(3)51-4.[Persian]
- 11-O'Dwyer V, Hogan JL, Farah N, Kennelly MM, Fitzpatrick C, Turner MJ. Maternal mortality and the rising cesarean rate. Int J Gynaecol Obstet 2012; 116(2):162-4.
- 12-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. ZUMS Journal 2011; 19(77):94-106.[Persian]



- 13-Landon M.B C, Hauthj KJ, Leveno M.W. Maternal and prenatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *Engl Med* 2004;351: 2581-89.
- 14-Richardson DK, Corcoran JD, Escobar GJ, Lee SK. SNAP-II and SNAPPE-II: Simplified newborn illnessseverity and mortality risk scores. *J Pediatr* 2001; 138: 92-100
- 15-MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. . Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an "intention-to-treat" model. *Birth* 2008; 35(1): 3-8.
- 16-Schmitz T, Carnavalet Cde C, Azria E, Lopez E, Cabrol D, Goffinet F. Neonatal outcomes of twin pregnancy according to the planned mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2008; 111(3): 695-703.
- 17-Glanz KA, Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4<sup>th</sup> ed. San Francisco:Jossey-Bass;2008:12-71.
- 18-Guvenc G, Akyuz A , Açikel CH. Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test: Psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing* 2011;67(2): 428-37.
- 19-Bodenheimer HC, Fulton JP, Kramer PD. Acceptance of hepatitis B vaccine among hospitalworkers. *American Journal of Public Health* 1986;76:252-55
- 20-Poss JE. Factors associated with participation by Mexican Migrant Farmworkers in a tuberculosis screening program. *Nursing Research* 2000;49:20-8
- 21-Dapne E, Paul N. Predicting adolescent pedestrians' road-crossing intentions: an application and extension of the Theory of Planned Behaviour. *Health Education Research* 2003;18:267-77
- 22-Wing E. Effects of a smoking prevention simulation on students' smoking attitudes. *American Journal of Health Studies* 2003;22:1-3
- 23-Afshar A, GHaffari M. Assessing choice of delivery method by primiparous pregnant women based on Health Belief Model in semirom. *IjOGI* 2013;16(47):22-9.[Persian]
- 24-Rastegari L, Mohebbi P, Mazlomzadeh S. The Effect of Childbirth Preparation Training Classes on Perceived Self-efficacy in Delivery of Pregnant Women. *ZUMS Journal* 2013;21(86):105-12.[Persian]
- 25-Fathian Z, Sharifirad Gh R, Hasanzadeh A, Fathian Z. Study of the effects of behavioral intention model education on reducing the cesarean rate among pregnant women of Khomeiny-Shahr, Isfahan, in 2006. *J Tabib-E-Shargh* 2007;9(2):123-31.[Persian]
- 26-Rezakhani Moghaddam H ,Shojaeizadeh D, Taghdisi M.H, Hamidzadeh Y. Savadpour M.T. The effect of education by community health volunteers on choice of delivery kind in pregnant women based on the



- Behavioral Intention Model (BIM). Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2012;10(3) :27-40.[Persian]
- 27-Chong E, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. Int J Gynecol Obstet 2003; 80: 189-94.
- 28-Negahban T, Ansari Jaber 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]
- 29-Nutall CH. The cesarean cuulture of Brazil. BMJ 2009; 320: 1080-83.
- 30-Khorsandi M, Ghofranipour F, Heydarnia A, Faghihzade S, Akbarzade A, Vafaei M. Survey of perceived self efficacy in pregnant women. J Iran Univ Med Sci 2008;26(1):89-95.[Persian]
- 31-Baghianimoghadam MH,Zolghadar R, Baghianimoghadam B,Darayi M,Jozi F.Related factor to choose normal vaginal delivery by mothers based on Health Belife Model. J edu health promot 2012;1:17.[Persian]
- 32-Diclemente RJ, Crosby RA, Kegler MC(Eds.).Emerging theories in health promotion practice and research: strategies for improving public health: San Francisco: Jossey-Bass Wiley; 2002: 20-38
- 33-Sniehotta FF, Scholz U, Schwarzer R. Bridging the intention&ndash;behaviour gap: Planning, selfefficacy,and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. Psychology & Health 2005;20:143-60
- 34-Poss JE. Factors associated with participation by Mexican Migrant Farmworkers in a tuberculosis screening program. Nursing Research 2000;49:20-8



## The relationship between HBM constructs and intended delivery method

Baghianimoghadam MH(PhD)<sup>1</sup> Baghianimoghadam M(MD)<sup>2</sup> jozi F(Ph.d)<sup>3</sup> Hatamzadah N(Ph.d)<sup>3</sup> Mehrabbik A (Ph.d)<sup>3</sup> Hashemifard F(MD)<sup>4</sup> Hashemifard T(Ph.d)<sup>5</sup>

1. Professor, Department of Health Services, Shahid Sadoughi university of Medical Sciences, Yazd, Iran.
2. MD Student Shahid Sadoughi university of Medical Sciences, Yazd, Iran.
3. Ph.d Student in health education and promotion of health Shahid Sadoughi university of Medical Sciences, Yazd, Iran.
4. MD Student, Jahrom university of Medical Sciences, Jahrom, Iran
5. Corresponding Author: Ph.d Student in Health Education and Promotion of Health Shahid Sadoughi university of Medical Sciences, Yazd, Iran.

### Abstract

**Introduction:** Childbirth is considered as a crisis in the life of women because it has physical, social, psychological, cultural and psychological dimensions. Securing, providing, maintaining and improving the health of mothers and children as a vulnerable group is important in society. Therefore, promoting the natural labor at all levels of the health system has been considered as the basic policy.

**Methods:** In this descriptive study, the participants were 130 nulliparous women in their third trimester of pregnancy who had referred to health centers of Yazd in 2013. Samples were selected by random sampling and data were collected by a researcher-made questionnaire in 4 parts the validity and reliability of which had been confirmed. The collected data were analyzed by SPSS 18 and indicators of mean and standard deviation were determined. The relationship between structural and demographic variables were analyzed using Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Chi-square tests.

**Results:** In this study, the mean age of the women was  $24.36 \pm 3.73$  and their mean gestational age was  $31.53 \pm 2.35$ . The intention of 26.2% of the participants was cesarean delivery and 73.8% normal delivery. There was significant difference between intended delivery method and perceived benefits ( $p=0.001$ ), perceived barrier ( $p=0.001$ ), self efficacy ( $p=0.001$ ) and perceived susceptibility ( $p=0.002$ ). There was no significant difference between intended delivery method and perceived severity ( $p=0.505$ ) and knowledge ( $p=0.756$ ).

**Conclusion:** The results showed that HBM can bear on the intention of women. Therefore, there is need for an educational program based on the findings.

**Keywords:** Delivery method, Behavioral intention, HBM, Pregnant.