DOI: 10.22122/jhsr.v12i4.2814 Published by Vesnu Publications

کاربرد نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در ترغیب زنان باردار شهرستان دنا به زایمان طبیعی

محتشم غفاری[۱]، حسین حاتمی[۲]، مهدی لایقی[۳]، جواد هارونی[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: در سال‌های اخیر، میزان سزارین در تمام کشورهای جهان اعم از کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته افزایش یافته است. بسیاری از موارد سزارین بدون وجود دلایل موجه پزشکی انجام می‌گیرد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، بر افزایش میزان استقبال زنان باردار نخست‌زای شهرستان دنا از زایمان طبیعی انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه از نوع پیش تجربی بود. نمونه‌ها از طریق سرشماری زنان باردار نخست‌زا که در سه ماه سوم بارداری، در مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان دنا دارای پرونده سلامت بودند، انتخاب شدند. ۵۲ نفر از زنان باردار بر اساس معیارهای ورود، در مطالعه شرکت نمودند و پرسش‌نامه پیش‌آزمون بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده برای آنان تکمیل گردید. پس از تجزیه و تحلیل داده‌های پیش‌آزمون و مشخص شدن سازه‌هایی که نیازمند تأکید بیشتری بودند، مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه انجام گرفت. یک ماه پس از انجام مداخله، پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Paired t و McNemar مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها اختلاف معنی‌داری را در خصوص تغییر نگرش، کنترل رفتاری درک شده و هنجارهای انتزاعی بعد از مداخله آموزشی نشان داد ($P < ۰/۰۵$)، اما تفاوت معنی‌داری در مورد قصد رفتار قبل و بعد از آموزش مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$). پس از مداخله، ۷۳/۱ درصد از زنان قصد زایمان طبیعی و ۱۷/۳ درصد قصد سزارین داشتند. در نهایت، ۶۵ درصد از زنان زایمان طبیعی و ۳۵ درصد زایمان سزارین انجام دادند.

نتیجه‌گیری: هرچند نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، باعث بهبود تمام سازه‌های پیشگویی کننده قصد رفتار می‌گردد، اما افزایش معنی‌داری در قصد رفتار مشاهده نشده است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که مداخلات و برنامه‌های آموزشی، بر اساس این تئوری و با تلفیق تئوری‌ها و الگوهای مختلف مرتبط با موضوع طراحی و اجرا گردد.

واژه‌های کلیدی: نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، آموزش، زایمان طبیعی، سزارین

ارجاع: غفاری محتشم، حاتمی حسین، لایقی مهدی، هارونی جواد. **کاربرد نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در ترغیب زنان باردار شهرستان دنا به زایمان طبیعی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۲ (۴): ۴۹۷-۴۹۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۴/۹

مقدمه

رسیدن به پوشش جهانی بهداشت باعث گردیده است که کشورهای جهان با چالش‌هایی از جمله جابه‌جایی جمعیتی و اپیدمیولوژیکی، افزایش هزینه‌های پزشکی برای استفاده از تکنولوژی‌های پیشرفته، افزایش تقاضا برای خدمات بهداشتی شهری شدن و بهتر شدن آگاهی مردم در خصوص نیازها و حقوقشان مواجه شوند (۱). انجام زایمان به صورت سزارین از جمله خدماتی است که با افزایش تقاضا روبه‌رو شده؛ به طوری که به یکی از پدیده‌های نگران کننده جهانی در زمینه مراقبت مادران تبدیل شده است (۲).

در کشورهای در حال توسعه، دومین علت مرگ و میر زنان در سنین باروری به شرایط مربوط به بارداری و زایمان مربوط می‌شود (۳). در این میان، انجام زایمان به روش سزارین یکی از دلایل مرگ و میر مادران به شمار می‌رود. همچنین، مرگ و میر مادرانی که سزارین نموده‌اند، در بارداری بعدی افزایش می‌یابد (۴). سازمان جهانی بهداشت نیز بر این نکته تأکید کرده است که تعداد زیادی از کشورها با تقاضای بالای سزارین روبه‌رو هستند و این موضوع باعث مرگ هزاران مادر در سال می‌گردد (۵). ابتلای مادر به عوارض زایمانی در زایمان سزارین، دو برابر زایمان واژینال است و علل اصلی این عوارض شامل عفونت نفاسی، خونریزی و ترومبوآمبولی می‌باشد. همچنین، تمام عوارض زایمان به روش سزارین بلافاصله بعد از زایمان نمایان نمی‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که میزان بستری شدن مجدد در بیمارستان ۳۹ روز پس از زایمان، در سزارین دو برابر زایمان طبیعی است (۶).

در گزارش سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت، برزیل با ۴۵/۹ درصد بالاترین میزان سزارین را به خود اختصاص داد و ایران با ۴۱/۹ درصد، در رتبه دوم قرار داشت. همچنین، در این گزارش، هزینه سالانه زایمان‌های سزارین در ایران حدود ۱۱۰ میلیون دلار برآوردشده بود (۷). اگر سزارین با سرعت افزایشی

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات کنترل عوامل زیان‌آور محیط و کار و گروه آموزشی بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲- استاد، مرکز تحقیقات کنترل عوامل زیان‌آور محیط و کار و گروه آموزشی بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویان، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران
۴- دانشجوی دکتری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران
نویسنده مسؤول: جواد هارونی
Email: j_harooni@yahoo.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.22122/jhsr.v12i4.2814]

که در سال‌های اخیر داشته است، پیش رود، میزان کلی سزارین در سال ۲۰۲۰ به ۵۶ درصد خواهد رسید (۲) و این در حالی است که سازمان جهانی بهداشت حداکثر میزان مجاز سزارین را تا ۱۵ درصد اعلام نموده است (۸).

بر اساس آمارها، میزان سزارین در ایران ۶۰-۲۶ درصد و در مطب‌های خصوصی تا ۸۷ درصد گزارش شده است. مطابق همین آمار، میزان سزارین در سال ۱۳۵۵ در ایران ۱۹/۵ درصد و در سال ۱۳۸۵ به ۴۲/۳ رسیده است (۹). نکته شایان ذکر این است که در ایران نزدیک به ۴۰ درصد از سزارین‌ها انتخابی هستند و در صورت ضرورت اتفاق نمی‌افتد، بلکه به درخواست مادر و بدون دلایل بالینی، به عنوان شیوه برتر زایمان انتخاب می‌گردد (۱۰).

میزان سزارین در سال ۱۳۸۰ در تهران ۶۶/۵ درصد (۱۱)، در سال ۱۳۸۷ در گیلان ۶۴/۰ درصد (۱۲) و در سال ۱۳۸۴ در استان فارس ۴۱/۴ درصد گزارش شد (۱۳). طبق آمار معاونت بهداشتی زاهدان، از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ سزارین به میزان ۲۵ درصد افزایش یافته است (۱۴). این میزان در پژوهش مبارکی و همکاران در استان کهگیلویه و بویراحمد در سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ به ترتیب ۳۴/۶ و ۳۲/۹ درصد گزارش گردید (۱۵).

طبق آمارهای موجود در معاونت بهداشتی استان کهگیلویه و بویراحمد، میزان سزارین در مناطق شهری و روستایی شهرستان دنا در سال ۱۳۹۲ به ترتیب ۵۵/۰ و ۳۵/۴ درصد بود؛ در حالی که این میزان در استان کهگیلویه و بویراحمد در همان سال به ترتیب ۴۸/۶ و ۲۷/۸ درصد بیان گردید (۱۶). بالا بودن آمار سزارین در شهرستان دنا نسبت به سایر شهرستان‌های این استان، یک پدیده نگران کننده می‌باشد که باید به صورت خاص مورد توجه قرار گیرد.

از جمله علل زایمان سزارین می‌توان به درخواست مادر برای انجام این عمل در ایران و جهان اشاره کرد (۱۷، ۶). همچنین، نتایج مطالعات نشان داده‌اند که نگرش نادرست، کنترل رفتاری درک شده و هنجارهای ذهنی نامطلوب زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری، از جمله علل انتخاب روش زایمان به شیوه سزارین است (۱۷). عوامل بالقوه دیگری نیز در میزان کلی سزارین تأثیرگذار می‌باشند که از آن جمله می‌توان به عوامل اجتماعی مانند سن، سطح تحصیلات و درامد بالا، ترس از زایمان واژینال و اعتقاد به این که زایمان سزارین درد کمتری دارد، اشاره نمود (۱۸). این حقایق لزوم اجرای مداخلات بهداشتی را ضروری می‌سازد.

به منظور طراحی یک برنامه آموزشی، نتایج مطالعات نشان داده‌اند که مؤثرترین برنامه‌های آموزشی، بر رویکردهای نظریه محور مبتنی هستند که از الگوهای تغییر رفتار ریشه گرفته‌اند و انتخاب الگو یا نظریه مناسب آموزش بهداشت، اولین گام در فرایند برنامه‌ریزی یک برنامه آموزشی به شمار می‌رود و آموزش بهداشت مؤثر، بستگی به تسلط در استفاده از بهترین نظریه‌ها و راهبردهای مناسب با هر واقعه‌ای دارد (۱۹). یکی از مدل‌های کاربردی در زمینه رفتارهای بهداشتی، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (Theory of planned behavior) می‌باشد که توسط Ajzen و Fishbein ارایه شد. بر طبق این تئوری، قصد رفتار (Behavior intention) تعیین کننده اولیه رفتار است. سازه‌های این نظریه شامل رفتار (Behavior) به معنای عمل قابل مشاهده‌ای که توسط فرد صورت می‌پذیرد؛ قصد (Intention) به معنای احتمال انجام یک رفتار توسط شخص؛ نگرش (Attitude) به معنای ارزشیابی افراد از رفتار؛ هنجارهای انتزاعی (Subjective norms) به معنی افراد مختلفی که شخص تحت تأثیر آن‌ها قرار می‌گیرد و از آن‌ها اطاعت می‌کند و کنترل رفتاری درک شده (Perceived behavioral control) به معنای اعتقادات در مورد عوامل تسهیل کننده و یا موانع انجام رفتار و آسانی یا دشواری تغییر رفتار در مقابل این عوامل می‌باشد (۲۱، ۲۰).

بررسی مطالعات پیشین نشان می‌دهد که بهره‌گیری از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، می‌تواند در انتخاب نوع زایمان تأثیرگذار باشد (۲۳، ۲۲). شریفی‌راد و همکاران آموزش به زنان باردار بر اساس مدل قصد رفتاری در سه ماه سوم بارداری را در انتخاب نوع زایمان به روش طبیعی مؤثر دانستند (۲۴).

با توجه به اهمیت شناخت عوامل تأثیرگذار در اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بر افزایش میزان استقبال زنان باردار نخست‌زای شهرستان دنا از زایمان طبیعی در سال ۱۳۹۳ انجام شد. انتظار می‌رود یافته‌های حاصل شده بتواند نتایج سودمندی را در راستای ارتقای سطح سلامت زنان ارایه دهد.

روش‌ها

این مطالعه مداخله‌ای از نوع پیش تجربی (Pre experimental) بود که در سال ۱۳۹۳ میان زنان باردار نخست‌زای تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان دنا انجام شد. برای انجام نمونه‌گیری، از روش سرشماری استفاده گردید و همه مادران باردار نخست‌زای شهرستان دنا در مطالعه وارد شدند. با توجه به آمارهای موجود در واحد بهداشت خانواده شبکه بهداشت و درمان دنا در تیر ماه سال ۱۳۹۳، ۶۸ زن باردار دارای معیار ورود در ۸ مرکز بهداشتی- درمانی شهرستان دنا شناسایی شدند و پرسش‌نامه پیش‌آزمون برای آن‌ها تکمیل گردید. معیارهای ورود شامل تمایل به شرکت در مطالعه، نخست‌زا بودن، نداشتن منع پزشکی برای انجام زایمان طبیعی و تک قلو بودن بود. از ۸ مرکز بهداشتی- درمانی، ۱ مرکز به دلیل نداشتن زن باردار و ۲ مرکز به دلیل مسافت طولانی و تعداد کم نمونه (۳ زن باردار)، از مطالعه خارج شدند. در نهایت، ۵ مرکز بهداشتی- درمانی به عنوان مراکز مجری طرح انتخاب گردید که از بین آن‌ها، ۳ مرکز که ویدئو پروژکتور و وسایل کمک‌آموزشی داشتند و همچنین، از لحاظ موقعیت جغرافیایی در مسیر سایر مراکز بودند، به عنوان مراکز معین آموزشی انتخاب شدند. از ۶۸ زن بارداری که پرسش‌نامه پیش‌آزمون را تکمیل نمودند، ۳ نفر به دلیل مسافت طولانی، ۱۰ نفر به دلیل عدم شرکت در برنامه مداخله آموزشی و ۳ نفر نیز به دلیل زایمان زودرس، از مطالعه خارج شدند و در نهایت، اطلاعات مربوط به ۵۲ زن باردار قبل و بعد از مداخله آموزشی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مطالعه حاضر از پرسش‌نامه اعتبارسنجی شده افشاری استفاده گردیدکه ضریب Cronbach's alpha سازه‌های نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۹ و ۰/۹۰ به دست آمد (۲۵).

قسمت اول پرسش‌نامه شامل سؤالات مشخصات فردی از جمله سن مادر، میزان تحصیلات، شغل، میزان درامد و تاریخ احتمالی زایمان بود.

سازه نگرش نسبت به رفتار از طریق سنجش اعتقادات رفتاری و ارزشیابی پیامد، متشکل از ۱۶ سؤال (۸ سؤال اعتقادات رفتاری و ۸ سؤال ارزشیابی پیامد) بود که با مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) اندازه‌گیری گردید.

سازه هنجارهای انتزاعی از طریق سنجش اعتقادات هنجاری و انگیزه

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.22122/jhsr.v12i4.2814]

پیروی، شامل ۱۰ سؤال (۵ سؤال اعتقادات هنجاری و ۵ سؤال انگیزه پیروی) با مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) محاسبه گردید.

سازه کنترل رفتاری درک شده از طریق سنجش اعتقادات کنترلی و توانمندی درک شده، شامل ۶ سؤال (۳ سؤال اعتقادات کنترلی و ۳ سؤال توانمندی درک شده) با مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (بی‌نهایت سخت، سخت، نظری ندارم، آسان و بی‌نهایت آسان) مورد بررسی قرار گرفت.

سازه قصد رفتاری با یک سؤال سه گزینه‌ای سنجیده شد. این سازه نیز به صورت متغیر کیفی اسمی و در قسمت‌هایی از آنالیز به صورت متغیر کمی (۲–۰) استفاده گردید.

جهت اندازه‌گیری سازه رفتار از طریق پیگیری، نوع زایمان به صورت تلفنی با یک سؤال دوگزینه‌ای (۲–۰) سنجیده شد.

به دلیل پراکندگی محل سکونت مادران باردار، امکان برگزاری جلسات آموزشی با فاصله زمانی مقدور نبود. بنابراین، تمام جلسات آموزشی در یک روز برگزار گردید و در فاصله بین جلسات، ۱۵ دقیقه زمان برای استراحت و پذیرایی در نظر گرفته شد. جلسه اول شامل سخنرانی به مدت ۹۰ دقیقه در خصوص منافع و مضرات هر دو نوع زایمان سزارین و طبیعی بود. جلسه دوم ۶۰ دقیقه بحث گروهی بود که در آن یکی از مادران تجربیات خود را از دو نوع زایمان طبیعی و سزارین بیان کرد. موضوع جلسه سوم نیز پخش فیلم آموزشی زایمان سزارین و طبیعی به مدت ۳۰ دقیقه بود. در پایان، جلسات بازدید میدانی از فضای فیزیکی زایشگاه صورت گرفت و پمفلت و دفترچه آموزشی به مادران باردار داده شد. همچنین، در طول یک ماه، پیامک‌های آموزشی برای مادران باردار و همسرانشان ارسال گردید.

هر یک از مداخلات، برای تأثیرگذاری روی یکی از سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در نظر گرفته شد. به عنوان مثال، از بحث گروهی، نمایش فیلم و بازدید از زایشگاه برای بهبود نگرش و برای کنترل رفتاری درک شده، از بیان تجربیات افرادی که زایمان طبیعی کرده بودند و ارسال پیامک به مادران باردار و همسرانشان برای تأثیر بر سازه هنجارهای انتزاعی استفاده شد.

از جمله ملاحظات اخلاقی مطالعه حاضر، توجیه مشارکت کنندگان، کسب رضایت و تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات بود.

با توجه به نرمال بودن داده‌ها، از آزمون‌های پارامتریک استفاده گردید. جهت مقایسه میانگین نمره سازه‌های نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده قبل و بعد از مداخله آموزشی از آزمون Paired t و برای مقایسه قصد رفتار برای انتخاب نوع زایمان قبل و بعد از مداخله از آزمون McNemar استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPPS نسخه ۱۹ (version 19, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری داده‌ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۵۲ نفر از زنان باردار با هدف بررسی تأثیر آموزش بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بر افزایش میزان استقبال از زایمان طبیعی قبل و بعد از مداخله مورد بررسی قرار گرفتند. نیمی از زنان سن زیر ۲۵ سال داشتند و میانگین سنی آن‌ها ۴/۰۱ ± ۲۶/۱ سال بود. اکثریت مشارکت کنندگان تحصیلات دیپلم (۳۰/۰۸ درصد) و دانشگاهی (۳۲/۸ درصد) داشتند. همچنین، ۸۶/۶ درصد خانه‌دار و بقیه شاغل بودند. جدول ۱ وضعیت سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده را قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد. مطابق با یافته‌های به دست آمده، بعد از مداخله در هر سه سازه تغییر معنی‌داری مشاهده شد ($P < ۰/۰۵۰$).

یافته‌های مطالعه نشان داد که قبل از مداخله، ۵۱/۹ درصد از زنان باردار موافق این موضوع بودند که همسرشان معتقد به انجام زایمان طبیعی است و ۵۰ درصد آن‌ها تمایل داشتند که مطابق میل همسرانشان عمل نمایند. بعد از مداخله، ۵۹/۶ درصد از زنان باردار موافق این موضوع بودند که پزشک آن‌ها ترجیح می‌دهد زایمان طبیعی انجام دهند و ۵۱/۹ درصد آن‌ها تمایل داشتند که مطابق نظر پزشکشان رفتار نمایند.

بر اساس یافته‌های حاصل شده، از ۱۱ مادر بارداری که قبل از مداخله زایمان سزارین را انتخاب کرده بودند، ۵ نفر بعد از مداخله نظرشان را به زایمان طبیعی تغییر دادند و بقیه همچنان زایمان سزارین را به عنوان روش زایمان خود انتخاب نموده بودند. از ۳۶ مادر بارداری که قبل از مداخله روش زایمانی خود را طبیعی انتخاب کردند، ۳ نفر قصد خود را به سزارین تغییر دادند و ۲ نفر هم عنوان کردند که نظری ندارند. همچنین، از ۵ مادر بارداری که گزینه نظری ندارم را قبل از مداخله انتخاب نمودند، ۱ نفر نظر خود را به سزارین و ۲ نفر نظر خود را به طبیعی تغییر دادند.

نتایج آزمون McNemar حاکی از آن بود که بین قصد مادران باردار شرکت کننده در مطالعه قبل و بعد از مداخله ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. لازم به ذکر است که به دلیل پایین بودن تعداد نمونه‌ها در مطالعه حاضر، امکان استفاده از آزمون Cochran نبود. بنابراین، با حذف افرادی که گزینه «نظری ندارم» را در پاسخ به سؤال قصد نوع زایمان انتخاب کرده بودند، از آزمون McNemar استفاده گردید (جدول ۲).

در پایان مطالعه، ۶۵ درصد از مادران شرکت کننده به روش طبیعی و ۳۵ درصد به روش سزارین زایمان نمودند.

از ۱۸ نفری که زایمان سزارین انجام دادند، تنها ۸ نفر آن‌ها به انتخاب خودشان سزارین کرده بودند. به عبارت دیگر، از مجموع کل زایمان‌ها، ۱۵ درصد آن غیر ضروری بود. ۱۰ نفر باقی‌مانده دلایل اورژانسی همچون عدم پیشرفت زایمان، دفع مکونیوم نوزاد، جفت سرراهی و زایمان بریچ را از جمله علل سزارین خود بیان نمودند که از بین این دلایل، عدم پیشرفت زایمان بالاترین فراوانی را به خود اختصاص داد.

جدول ۱. میانگین تغییر نمرات نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتار درک شده قبل و بعد از مداخله

سازه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	P (آزمون Paired t)
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
نگرش	۶۴/۴۹ ± ۱۱/۳۳	۷۱/۲۸ ± ۱۷/۷۶	۰/۰۰۱
هنجارهای انتزاعی	۵۹/۸۴ ± ۲۱/۶۲	۶۶/۶۷ ± ۲۱/۵۷	۰/۰۰۴
کنترل رفتار درک شده	۳۸/۵۱ ± ۲۱/۵۳	۵۱/۹۲ ± ۲۲/۹۲	< ۰/۰۰۱

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.22122/jhsr.v12i4.2814]

جدول ۲. توزیع فراوانی قصد برای انتخاب نوع زایمان در زنان شرکت‌کننده قبل و بعد از مداخله

قصد برای انتخاب نوع زایمان	قبل از مداخله	بعد از مداخله	P (آزمون McNemar)
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سزارین	۱۱ (۲۱/۲)	۹ (۱۷/۳)	۰/۴۵۰
طبیعی	۳۶ (۶۹/۲)	۳۸ (۷۳/۱)	
جمع کل	۴۷ (۸۹/۱)	۴۷ (۸۹/۱)	

بحث

افزایش سزارین از جمله مشکلات مشترک نظام سلامت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می‌باشد (۲۶). در ایران نیز افزایش سزارین در مقایسه به سایر مشکلات مربوط به بهداشت و درمان به لحاظ پیامدهای اقتصادی، اجتماعی و جانی، از جمله موضوعات مهم و دارای اولویت می‌باشد؛ به طوری که مسؤولان بهداشت و درمان در طرح تحول سلامت، ترویج زایمان طبیعی و کاهش سزارین را از اهداف خود قرار داده‌اند. هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی تأثیر آموزش بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، بر افزایش میزان استقبال زنان باردار نخستزای شهرستان دنا از زایمان طبیعی بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که قبل از آموزش، مادران باردار دارای وضعیت متوسطی در سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی بودند. اجرای مداخله آموزشی بر اساس نظریه رفتاری برنامه‌ریزی شده، موجب ایجاد نگرش مثبت، بهبود هنجارهای انتزاعی و ارتقای کنترل رفتاری درک شده گردید، اما تغییر قصد رفتار معنی‌دار نبود. همچنین، نتایج مطالعه حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر بهبود نگرش شرکت کنندگان در خصوص زایمان طبیعی قبل و بعد از مداخله بود. این یافته با نتایج مطالعات شریفی‌راد و همکاران (۲۴)، توفیقی نیاکی و همکاران (۲۷)، شهرکی ثانوی و همکاران (۱۴) معینی و همکاران (۲۳) و Astrom و Mashoto (۲۸) همخوانی داشت و آموزش را بر تغییر نگرش تأثیرگذار بیان نمودند؛ در حالی که در مطالعه طغیانی و همکاران، آموزش بر تغییر نگرش مادران باردار در خصوص زایمان طبیعی تأثیرگذار نبود (۲۹).

نتایج تحقیق حاضر در رابطه با هنجارهای انتزاعی درک شده، نشان دهنده تأثیر معنی‌دار مداخله آموزشی در بهبود وضعیت هنجارهای انتزاعی بود که با یافته‌های مطالعات معینی و همکاران (۲۳)، شریفی‌راد و همکاران (۲۴) و Montgomery و همکاران (۳۰) مطابقت داشت. زنان باردار بعد از مداخله از بین هنجارهای انتزاعی، بیشتر موافق این موضوع بودند که پزشک معالجشان زایمان طبیعی را ترجیح می‌دهد و بیشتر تمایل داشتند تا روش زایمان خود را مطابق نظر پزشک انتخاب کنند؛ در حالی که قبل از انجام مداخله، زنان بیشتر نظر همسرانشان را ترجیح می‌دادند. این یافته می‌تواند حاکی از این باشد که آموزش مادران توانسته است این تغییر را در زمینه هنجارهای انتزاعی آن‌ها ایجاد کند که پزشک تنها فردی می‌باشد که صلاحیت اظهار نظر در مورد شیوه زایمان را دارد.

نتایج بررسی در خصوص کنترل رفتاری و ارزیابی سختی و آسانی انجام رفتار، حاکی از بهبود معنی‌دار این سازه بعد از مداخله آموزشی بود. مطالعه Tsorbatzoudis نیز تأثیر مداخله آموزشی را بر کنترل رفتاری درک شده، معنی‌دار گزارش کرد (۳۱).

لازم به ذکر است که میانگین نمره کنترل رفتاری درک شده در زنانی که زایمان طبیعی انجام داده بودند، بیشتر از زنانی بود که زایمان سزارین کرده بودند؛ هرچند این اختلاف معنی‌دار نبود. در مطالعه افشاری، زنانی که زایمان طبیعی انجام داده بودند (۲۵) و در مطالعه شهرکی ثانوی و همکاران، زنانی که زایمان سزارین انجام داده بودند (۱۴)، به ترتیب کنترل رفتاری درک شده بالاتر و پایین‌تری داشتند.

بین قصد مادران برای انتخاب زایمان طبیعی قبل و بعد از مداخله، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. معنی‌دار نشدن این ارتباط می‌تواند به دلیل کم بودن تعداد مشارکت کنندگان مطالعه باشد. از طرف دیگر، زنان شرکت‌کننده در ماه‌های پایانی بارداری بودند و این احتمال وجود دارد که تصمیم خود را مدت‌ها قبل برای انتخاب نوع زایمان گرفته باشند. بنابراین، مداخلات در این زمینه باید حتی قبل از دوره بارداری طراحی و اجرا گردد.

در تحقیقات شهرکی ثانوی و همکاران (۱۴)، معینی و همکاران (۲۳) و شریفی‌راد و همکاران (۲۴)، تأثیر مداخلات آموزشی بر تغییر قصد رفتار به زایمان طبیعی، معنی‌دار گزارش گردید.

در نهایت، در مورد رفتار مادران باردار (نوع زایمان) با پیگیری تلفنی و بررسی پرونده‌های افراد شرکت کننده، مشخص گردید که ۶۵ درصد زنان به روش طبیعی و ۳۵ درصد به روش سزارین زایمان کردند. در این خصوص چند نکته قابل تأمل وجود دارد که در ادامه آمده است.

اول این که اگرچه بعد از مداخله افزایش معنی‌داری در سازه‌های نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده مشاهده شد، اما این تغییر در مورد قصد رفتار معنی‌دار نبود و در نهایت، ۳۵ درصد زنان سزارین نمودند. این نتیجه می‌تواند ناشی از حجم نمونه ناکافی باشد. همچنین، در این رابطه می‌توان به این نکته اشاره نمود که عوامل متعددی می‌توانند در انتخاب نوع زایمان تأثیرگذار باشند و به نظر می‌رسد که علاوه بر مداخله آموزشی، سایر سیاست‌گذاری‌ها از جمله انجام زایمان بی‌درد نیز می‌تواند در کاهش میزان سزارین راهگشا باشد. هرچند این احتمال نیز وجود دارد که در صورت استفاده از جلسات متعدد و متنوع در مداخلات مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده مانند تمرکز بیشتر بر خانواده مادران باردار، می‌توانست نتایج متفاوت‌تری را ایجاد نماید.

دوم این که از ۳۵ درصد زایمان سزارینی که در مطالعه حاضر گزارش شد، ۲۰ درصد آن دلایل پزشکی داشت و مادران به تشخیص پزشک سزارین شدند. بنابراین، لازم است به طور جدی بر عملکرد پزشکان و دلایل ذکر شده توسط آنان، بررسی بیشتری انجام شود تا شاید بتوان با اتخاذ راهکارهای مناسب، میزان سزارین را کاهش داد.

سوم این که از ۱۸ نفری که زایمان سزارین انجام دادند، تنها ۸ نفر به دلخواه خودشان سزارین کرده بودند و به عبارت دیگر، از مجموع کل زایمان‌ها، ۱۵ درصد آن‌ها غیر ضروری بود که این میزان در محدوده توصیه شده سازمان

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.22122/jhsr.v12i4.2814]

جهانی بهداشت (۱۵-۱۰ درصد) می‌باشد (۸).

چهارم این که از ۱۱ نفری که قصد اولیه‌شان را سزارین اعلام نموده بودند، ۶ نفر و از ۵ نفری که در ابتدای مطالعه هنوز تصمیم به انتخاب نوع زایمان نگرفته بودند، ۲ نفر به روش طبیعی زایمان نمودند. بنابراین، تغییر قصد و اقدام به عمل ۸ نفر از دیدگاه تخصصی، بسیار ارزشمند و بااهمیت است.

۲۱/۲ درصد از مادران قبل از مداخله زایمان سزارین را به عنوان روش زایمان انتخاب کرده بودند که این میزان بعد از مداخله به ۱۷/۳ درصد کاهش یافت و در نهایت، ۳۵ درصد از زنان به روش سزارین زایمان نمودند. این یافته می‌تواند ناشی از تأثیر مستقیم سازه کنترل رفتاری درک شده بر رفتار باشد؛ چرا که بر خلاف ایجاد نگرش مثبت و بهبود وضعیت هنجارهای انتزاعی، میزان سزارین هنوز در سطح بالایی قرار داشت. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که انتخاب نوع زایمان به نوعی تحت کنترل ارادی زنان شرکت کننده در مطالعه نبود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به فقدان گروه شاهد به دلیل حجم کم نمونه اشاره کرد. همچنین، تکمیل پرسش‌نامه و جمع‌آوری اطلاعات در زمینه انتخاب نوع زایمان به صورت خوداظهاری بود؛ به طوری که نحوه گزارش‌دهی و دقت در پاسخگویی مشارکت کنندگان می‌توانست در نتایج تأثیرگذار باشد و کنترل کامل آن در اختیار پژوهشگر نبود. هرچند پژوهشگر سعی نمود با فراهم نمودن شرایط و ارایه توضیحات لازم به مادران، تا حدی این امر را کنترل نماید. پیشنهاد می‌شود تا در تحقیقات آینده، شیوه مصاحبه نیز به کار گرفته شود و نتایج با شیوه خودگزارش‌دهی مورد مقایسه و بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که بعد از مداخله آموزشی، در تمام سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده افزایش معنی‌داری مشاهده شد و برخی از مادران قصدشان را از سزارین به زایمان طبیعی تغییر دادند و همچنین، میزان سزارین غیر ضروری در پایان مطالعه در محدوده پیشنهاد شده سازمان جهانی بهداشت بود؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده هرچند در پیامد نهایی معنی‌دار نبود، اما در ایجاد نگرش مثبت و بهبود هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده تأثیر داشت. به نظر می‌رسد که نقش متغیرهایی همچون عوامل قادر کننده در پیامد نهایی از اهمیت بسزایی برخوردار باشند. بنابراین، شاید استفاده از سایر مدل‌ها و نظریه‌ها در کنار تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، بتواند در این خصوص کمک کننده باشد.

بیشتر سزارین‌های مطالعه حاضر به دلایل پزشکی انجام گرفت و دخل و تصرف در نظر پزشک برای انتخاب نوع زایمان در صورت وقوع خطرات احتمالی، می‌تواند عواقب بدی داشته باشد. بنابراین، برای مقابله با این پدیده، استفاده از مداخلات غیر آموزشی مانند سیاست‌گذاری ضروری به نظر می‌رسد. به عنوان مثال، برگزاری کمیته‌های بررسی علل سزارین در سطح دانشگاه و تحلیل موارد سزارین و اتخاذ تدابیر مناسب، راهکار مناسبی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه دوره MPH می‌باشد که در شهریور سال ۱۳۹۴ با شماره ۱۷ ج در دانشکده بهداشت دانشگاه شهید بهشتی تصویب گردید. بدین وسیله نویسندگان از تمام زنان شرکت کننده در تحقیق، مدرس کلاس‌های آموزشی سرکار خانم نوشین کارشناس، کارشناسان واحد بهداشت خانواده و ماماهای محترمی که در این طرح مشارکت نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

References

1. Hou X, Rakhshani NS, Iunes R. Factors associated with high Cesarean deliveries in China and Brazil-A Call for reducing elective surgeries in moving towards Universal Health Coverage. J Hosp Adm 2014; 3(5): 67-78.
2. Nilsson C, Lundgren I, Smith V, Vehvilainen-Julkunen K, Nicoletti J, Devane D, et al. Women-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): A systematic review. Midwifery 2015; 31(7): 657-63.
3. Farr SL, Jamieson DJ, Rivera HV, Ahmed Y, Heilig CM. Risk factors for cesarean delivery among Puerto Rican women. Obstet Gynecol 2007; 109(6): 1351-7.
4. Mobasheri M, Khalafian P, Alidosti M, Salehifard A. Study of pregnant women's mortality in Chaharmahal va Bakhtiari province in a 10-year period (2002-2012). J Clin Nurs Mid 2014; 3(2): 21-9.
5. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC Med 2010; 8: 71.
6. Corton MM, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics. New York, NY: McGraw Hill Professional; 2009.
7. Gibbons L, Belizڼn JM, Lauer JA, Betrڼn AP, Merialdi M, Althabe F. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: as a Barrier to Universal Coverage. Geneva, Switzerland: World Health Report; 2010.
8. World Health Organization. Sexual and reproductive health: Rising caesarean deliveries in Latin America: how best to monitor rates and risks [Online]. [cited 2009]; Available from: URL: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rhr_09_05/en
9. Fathian Z, Sharifirad GR, 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. Zahedan J Res Med Sci 2007; 9(2): 123-31. [In Persian].
10. Rafati F, Rafati SH, Madani A, Mashayekhi F, Pilevarzadeh M. Related factors to choose cesarean section among Jiroft pregnant women. J Prev Med. 2014; 1(1): 23-30. [In Persian].
11. Shariat M, Majlesy F, Azerbaijani S, Mahmoudi M. The cesarean rate and its influencing factors in maternity hospitals in

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-16]
[DOI: 10.22122/jhsr.v12i4.2814]

Tehran. Payesh Health Monit 2002; 1(3): 5-10. [In Persian].
12. Besharati F, Hazavehei S, 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. J Zanjan Univ Med Sci 2011; 19(77): 94-106. [In Persian].
13. Ghaffari M, Sharifirad G, Akbari Z, Khorsandi M, Hassanzadeh A. Health belief model-based education & reduction of cesarean among pregnant women: An interventional study. J Health Syst Res 2011; 7(2): 200-8. [In Persian].
14. Shahraki-Sanavi F, Rakhshani F, Navidiyan A, Ansari-Moghaddam A. A Study on Attitude of Pregnant Women with Intention of Elective Cesarean Based on Theory of Planned Behavior. Zahedan J Res Med Sci 2012; 14(9): 95-7. [In Persian].
15. Mobaraki A, Zadehbagheri G, Zandi Ghashghaie K. Prevalence of cesarean section and the related causes in Yasuj City in 2003. Armaghane-danesh 2005; 10(3): 67-73. [In Persian].
16. Yasuj University of Medical Sciences: Dena Health Network, Family Health Unit: Primary Results of Maternal Program. 2014. [In Persian].
17. Yazdizadeh B, Nedjat S, Mohammad K, Rashidian A, Changizi N, Majdzadeh R. Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. BMC Health Serv Res 2011; 11: 159.
18. Kulkarni A, Wright E, Kingdom J. Web-based education and attitude to delivery by caesarean section in nulliparous women. J Obstet Gynaecol Can 2014; 36(9): 768-75.
19. Jalilian F, Mirzaeialavijeh M, Emdadi S, Barati M, Nasirzadeh M, Hatamzadeh N. Predicting factors related with pap smear testing among women based on health belief model. J Health Syst Res 2012; 7(6): 1226-34. [In Persian].
20. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. New York, NY: John Wiley & Sons; 2008.
21. Fertman CI, Allensworth DD. Health promotion programs: from theory to practice. New York, NY: John Wiley & Sons; 2010.
22. Khan-Jeihooni A, Shahidi F, Kashfi SM. Effectiveness of educational program based on the theory of reasoned action to decrease the rate of cesarean delivery among pregnant women in Fasa, Southern Iran. Journal of Education and Community Health 2014; 1(1): 62-71. [In Persian].
23. Moeini B, Besharati F, Hazavehei M, Moghimbeigi A. Women's attitudes toward elective delivery mode based on the theory of planned behavior. J Guilan Univ Med Sci 2011; 20(79): 68-76. [In Persian].
24. Sharifirad GR, Moghadam MH, Fathyian F, Rezaeian M. The effect of health education using behavior intention model on of cesarean in Khomainy-shahr, Iran. Iran J Nurs Midwifery Res 2009; 14(3): 105-10.
25. Afshari A. Comparison of application of health belief model and theory of planed behavior for predicting delivery method among pregnant women of Semirom [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Health School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2013. [In Persian].
26. Zhao Y, Chen S. Psychosocial factors for women requesting cesarean section. Int J Clin Med 2013; 4(9): 395-9.
27. Tofighi Niaki M, Behmanesh F, Mashmuli F, Azimi H. The effect of prenatal group education on knowledge, attitude and selection of delivery type in primiparous women. Iran J Med Educ 2010; 10(2): 124-30. [In Persian].
28. Astrom AN, Mashoto KO. Changes in oral health related knowledge, attitudes and behaviours following school based oral health education and atraumatic restorative treatment in rural Tanzania. Nor Epidemiol 2012; 22(1): 21-30.
29. Toughyani R, Ramezani M A, Izadi M, Shahidi S, Aghdak P, Motie Z, et al. The effect of prenatal care group education on pregnant mothers' knowledge, attitude and practice. Iran J Med Educ 2008; 7(2): 317-24. [In Persian].
30. Montgomery L, Benzies K, Barnard C. Effects of an educational workshop on pediatric nurses' attitudes and beliefs about family-centered bedside rounds. J Pediatr Nurs 2016; 31(2): e73-e82.
31. Tsorbatzoudis H. Evaluation of a school-based intervention programme to promote physical activity: an application of the theory of planned behavior. Percept Mot Skills 2005; 101(3): 787-802.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.22122/jhsr.v12i4.2814]

DOI: *10.22122/jhsr.v12i4.2814* *Published by Vesnu Publications*

Journal of Health System Research Received: 30.03.2016

Vol. 12, No. 4, Winter 2017 Accepted: 29.06.2016

Application of the Theory of Planned Behavior to Increase the Desire to Have a Normal Vaginal Delivery among Nulliparous Pregnant Women

Mohtasham Ghaffari[1], Hosein Hatami[2], Mehdi Layeghi[3], Javad Harooni[4]

Original Article

Abstract

Background: In recent years, the rate of cesarean section (C-section) has increased globally in both developed and developing countries. In most cases, C-section is performed without evident medical need. This study was designed and conducted to investigate the effect of education based on the theory of planned behavior on the increased desire to have a normal vaginal delivery (NVD) in nulliparous women in the city of Dena in Iran.

Methods: This was a pre-experimental study. Subjects were selected from among nulliparous pregnant women who had a health record in health service centers in Dena and were in their third trimester. A total of 52 pregnant women who met the inclusion criteria participated in the study and the pretest questionnaire based on the theory of planned behavior was completed for them. After analysis of the data from pretest and identification of subscales that required more emphasis, educational intervention was carried out according to the theory. After 1 month of intervention, post-test questionnaires were filled out. McNamara's test and paired t-test were used to analyze data.

Findings: After the educational intervention, a statistically significant difference was observed in attitude change, perceived behavioral control, and subjective norms ($P < 0.05$). No statistically significant difference was observed in the mothers' intention to have a NVD before and after the intervention ($P > 0.05$). After the intervention, 73.1% of mothers intended to have NVD and 17.3% intended to have a C-section. Moreover, 65% of participants had a NVD and 35% had a C-section.

Conclusion: Although the study findings showed that education based on the theory of planned behavior significantly increased all predictors of behavioral intention, no statistically significant increase was observed in behavioral intention. Thus, the designing and implementation of educational programs in this regard based on the theory of planned behavior in combination with related theories and models is recommended.

Keywords: Theory of planned behavior, Education, Normal vaginal delivery, Caesarian section

Citation: Ghaffari M, Hatami H, Layeghi M, Harooni J. **Application of the Theory of Planned Behavior to Increase the Desire to Have a Normal Vaginal Delivery among Nulliparous Pregnant Women.** J Health Syst Res 2017; 12(4): 491-7.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOI: 10.22122/jhsr.v12i4.2814]

1- Associate Professor, Environmental and Occupational Hazards Control Research Center AND Department of Public Health, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2- Professor, Environmental and Occupational Hazards Control Research Center AND Department of Public Health, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3- MSc Student, Department of Health Education and Promotion, Student Research Committee, School of Public Health, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran
4- PhD Candidate, Social Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran
Corresponding Author: Javad Harooni, Email: j_harooni@yahoo.com: