DOI: 10.48305/jhsr.v19i2.1495 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 19, No. 2, Summer

Received: 23.08.2022 Accepted: 07.12.2022 Published: 06.07.2023

Comparison of the Effect of Education Based on the Theory of Planned Behavior with Routine Method on the Intention to Choose Method of Childbirth in Pregnant Women

Mahdi Gholian-Aval[1], Fatemeh Mohammadzadeh[2], Mohammad Matlabi[3], Zohreh Sadeghi[4]

Original Article

Abstract

Background: Childbirth is a completely natural event; however, when the life of the mother or child is in danger, a cesarean section is performed. Due to the lack of awareness of the complications of cesarean section, we are faced with an exponential increase in cesarean; therefore, this research aims to compare the effect of education based on the theory of planned behavior with the routine method on the intention to choose the method of childbirth in women referred to comprehensive health service centers in Mashhad, Iran.

Methods: The present study was a field trial that was conducted on 76 pregnant women in 2022. People were selected by two-stage random cluster sampling method and randomly divided into two groups (intervention and control). Data were collected using a demographic and fertility questionnaire and a valid and reliable questionnaire related to the construct of the theory of planned behavior for both intervention and control groups in three stages, before, immediately, and one month after the intervention. The training program for the intervention group was given to people based on the theory of planned behavior in 6 sessions and the control group received routine training. The data were analyzed using Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney, chi-square, Fisher's exact, and generalized estimation equations (GEE) model statistical tests.

Findings: In this study, the two groups were homogeneous in terms of demographic and fertility variables. The results of the GEE model showed that the average score of the variables of awareness, attitude, perceived behavioral control, subjective norm, and behavioral intention immediately and one month after the intervention was significantly higher in the intervention group than in the control group ($P < 0.05$).

Conclusion: The intervention by the theory of planned behavior has an effect on the choice of natural delivery method; therefore, it is recommended to use these trainings along with pregnancy care in order to reduce caesarean section.

Keywords: Theory of planned behavior; Cesarean section; Natural childbirth

Citation: Gholian-Aval M, Mohammadzadeh F, Matlabi M, Sadeghi Z. **Comparison of the Effect of Education Based on the Theory of Planned Behavior with Routine Method on the Intention to Choose Method of Childbirth in Pregnant Women.** J Health Syst Res 2023; 19(2): 126-33.

1- Associate Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2- Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health AND Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

3- Associate Professor, Department of Public Health, School of Health AND Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

4- MSc Student, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

Corresponding Author: Zohreh Sadeghi; MSc Student, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran; Email: z.sadeghi1214@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

DOI: 10.48305/jhsr.v19i2.1495 Published by Vesnu Publications

مقایسه تأثیر آموزش بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده با روش روتین بر قصد انتخاب روش زایمان در زنان باردار

مهدی قلیان اول[۱]، فاطمه محمدزاده[۲]، محمد مطلبی[۳]، زهره صادقی[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: زایمان رخدادی کاملاً طبیعی است، اما در مواقع ضروری که جان مادر یا بچه در خطر باشد، عمل سزارین انجام می‌شود. به دلیل عدم آگاهی از عوارض سزارین، با افزایش تصاعدی آن مواجه هستیم. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده با روش روتین بر قصد انتخاب روش زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر مشهد انجام گردید.

روش‌ها: این مطالعه از نوع کارآزمایی در عرصه بود که در سال ۱۴۰۰ بر روی ۷۶ زن باردار انجام شد. افراد با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی دو مرحله‌ای انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه (مداخله و شاهد) قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه دموگرافیک و باروری و پرسش‌نامه روا و پایا شده مرتبط با سازه نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده برای هر دو گروه در سه مرحله قبل، بلافاصله و یک ماه پس از مداخله جمع‌آوری شد. برنامه آموزشی برای گروه مداخله بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده طی شش جلسه به افراد ارایه گردید و گروه شاهد نیز آموزش‌های روتین را دریافت نمودند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Kolmogorov-Smirnov، Mann-Whitney، χ^2، Fisher's exact و مدل Generalized estimation equations (GEE) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک و باروری همگن بودند. نتایج مدل GEE نشان داد که میانگین نمره متغیرهای آگاهی، نگرش، کنترل رفتاری درک شده، هنجار ذهنی و قصد رفتاری در زمان‌های بلافاصله و یک ماه پس از مداخله به طور معنی‌داری در گروه مداخله بیشتر از گروه شاهد بود ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: مداخله به روش نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، بر انتخاب روش زایمان طبیعی تأثیر دارد. بنابراین، توصیه می‌شود از این آموزش‌ها در کنار مراقبت‌های بارداری به منظور کاهش سزارین استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده؛ سزارین؛ زایمان طبیعی

ارجاع: قلیان اول مهدی، محمدزاده فاطمه، مطلبی محمد، صادقی زهره. **مقایسه تأثیر آموزش بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده با روش روتین بر قصد انتخاب روش زایمان در زنان باردار.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۲؛ ۱۹ (۲): ۱۳۳-۱۲۶

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۶/۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۹/۱۶ تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۴/۱۵

مقدمه

یکی از موهبت‌های الهی برای تولید نسل، بارداری و زایمان می‌باشد (۱). زایمان به دو روش طبیعی و سزارین انجام می‌شود (۲). زایمان سزارین به خروج جنین و جفت و غشاها از طریق برش جداره شکم و رحم اطلاق می‌شود (۳). زایمان طبیعی یک فرایند فیزیولوژیک و خودبه‌خودی و بدون نیاز به مداخله می‌باشد و سال‌های سال با سیر طبیعی خود انجام شده است (۴)، اما در مواقع ضروری که جان مادر یا بچه در خطر باشد، عمل سزارین انجام می‌گیرد (۵). افزایش تصاعدی زایمان به روش سزارین هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه مشاهده می‌شود به خصوص در آسیا و در کشور چین، بیشتر از ۵۰ درصد از زایمان‌ها به صورت سزارین انجام می‌گیرد (۷، ۶). در ایران حدود ۴۰ درصد زایمان‌ها در بیمارستان‌های دولتی و ۹۰ درصد در بیمارستان‌های خصوصی به روش سزارین گزارش شده است (۸).

آگاهی ناکافی و نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی، از جمله دلایل مهم انتخاب سزارین توسط زنان باردار است (۹). عمل جراحی سزارین، عوارض بسیار زیادی برای مادر و نوزاد از جمله خونریزی (۱۰)، عفونت (۱۱) و مشکلات تنفسی نوزاد را به همراه دارد (۱۲). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، آمار سزارین باید بین (۵ تا ۱۵ درصد) کل زایمان‌ها باشد (۱۳). انتخاب نوع زایمان به ویژه در زنان نخست‌زا، از اهمیت خاصی برخوردار است؛ چرا که شیوه انتخاب شده در این زایمان، به احتمال بسیار زیاد شیوه غالب در زایمان‌های بعدی نیز خواهد بود

۱- دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲- استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
۳- دانشیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
نویسنده مسؤول: زهره صادقی؛ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
Email: z.sadeghi1214@gmail.com

(۱۴). مادران باردار به دلیل آگاهی ناکافی و نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی، نیاز به آموزش دارند. آموزش می‌تواند باعث ارتقای آگاهی مادر طی دوران بارداری شود تا روش مناسبی را برای زایمان خود انتخاب نماید و بدون دلیل بالینی سزارین را انتخاب نکند (۱۵).

آموزش‌های آمادگی زایمان شامل کلاس‌های گروهی یا فردی با هدف آموزش زنان باردار در مورد زایمان و تولد مراقبت‌های دوران بارداری، تغذیه و ورزش در دوران بارداری، تکنیک‌های تنفسی، مراقبت‌های بعد از زایمان، نوزاد، شیردهی و نحوه صحیح آن می‌باشد (۱۶). درباره این که مادر حق انتخاب روش زایمان را دارد، منظور انتخاب آگاهانه و آزادانه است که پزشک متخصص تمام مزایا و معایب هر دو زایمان را به مادر باردار توضیح می‌دهد و در دوران بارداری، مادر را با آموزش و دادن اطلاعات توانمند می‌کند تا مادر باردار نوع زایمان را انتخاب کند (۱۷). آموزش روتین، یکی از روش‌هایی است که از دیرباز به منظور انتقال مفاهیم و اطلاعات برای فراگیران مورد استفاده قرار می‌گرفته است. این آموزش به شیوه سخنرانی ارایه می‌شود و یکی از روش‌های متداول درآموزش علوم پزشکی به شمار می‌رود و روشی مقرون به صرفه از نظر اقتصادی برای جمعیت‌های زیاد می‌باشد (۱۸).

یکی از نظریه‌هایی که می‌توان از آن برای آموزش استفاده نمود، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده است. این نظریه، چارچوبی برای بررسی منظم و اصولی مسایل مربوط به تصمیم‌گیری یک رفتار را فراهم می‌کند. مطابق با این نظریه، مهم‌ترین تعیین‌کننده رفتار فرد، قصد رفتاری است. قصد حاصل سه عامل «نگرش، هنجار انتزاعی وکنترل رفتاری درک شده» می‌باشد. مفاهیم اصلی (سازه‌های) نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده شامل رفتار عاملی ناشی از قصد و یا درک کنترل رفتاری است. قصد رفتاری حاوی عوامل انگیزشی مؤثر بر رفتار می‌باشد و نشان دهنده آن است که مردم با چه شدتی خواهان انجام رفتار هستند و با چه شدتی برای آن تلاش می‌کنند. نگرش، اولین عامل تعیین‌کننده قصد رفتاری و عبارت از «میزان مطلوبیت یا عدم مطلوبیت یک رفتار از نظر یک فرد» است. هنجارهای ذهنی به عنوان دومین عامل پیشگویی‌کننده قصد رفتاری مطرح می‌شود. این سازه تحت تأثیر فشار اجتماعی درک شده قرار دارد. کنترل رفتاری درک شده، سومین تعیین‌کننده قصد رفتاری می‌باشد. طبق نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، تمام رفتارها تحت کنترل ارادی فرد نیستند. رفتارها در طول یک پیوستار «از کنترل کامل تا عدم کنترل» قرار گرفته‌اند (۲۲-۱۹).

به نظر می‌رسد آموزش‌های روتین در پیشگیری از انجام سزارین بدون دلیل پزشکی به اندازه کافی مؤثر نبوده است و به همین دلیل، در پژوهش حاضر مداخله آموزشی بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده شکل گرفت که در آن علاوه بر نگرش زنان باردار، عوامل اجتماعی (هنجارهای ذهنی) و عوامل محیطی (کنترل رفتاری درک شده) بر قصد انتخاب روش زایمان تأثیر دارند. نتایج مطالعات انجام شده بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، نشان داده که مداخلات آموزشی به وسیله این نظریه، در رفتارهایی مانند ورزش در دوران بارداری و تغذیه نوزاد با شیر مادر مؤثر بوده است (۲۳). بنابراین، از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده برای مداخله آموزشی بر قصد انتخاب روش زایمان استفاده گردید و تحقیق حاضر با هدف مقایسه تأثیرآموزش بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده با روش روتین بر قصد انتخاب روش زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر مشهد انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی در عرصه بود که بر روی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت مشهد در سال ۱۴۰۰ با دو گروه مداخله و شاهد انجام شد. نمونه‌ها به روش خوشه‌ای تصادفی دو مرحله‌ای انتخاب شدند. بدین ترتیب، ابتدا یک مرکز از بین مراکز خدمات جامع سلامت شهر مشهد انتخاب شد. سپس از بین مراکز بهداشتی- درمانی شهری تحت پوشش این مرکز، دو مرکز به طور تصادفی انتخاب و یک مرکز به تصادف به گروه مداخله و یک مرکز به گروه شاهد تخصیص داده شد. سپس در داخل هر مرکز انتخابی، لیست افراد واجد شرایط تهیه و بر اساس حجم نمونه تعیین شده، نمونه‌ها به صورت تصادفی انتخاب و در صورت داشتن معیارهای ورود، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل مادران باردار ساکن شهر مشهد، حداقل داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن اندیکاسیون مامایی برای سزارین، سن بارداری بیش از هفته ۱۲ و به بعد، کسب رضایت آگاهانه، زندگی با همسر، دارای نمایه توده بدنی (Body mass index یا BMI) در محدوده ۱۹/۸ تا ۲۹ کیلوگرم بر مترمربع، تشخیص غیر طبیعی نبودن جنین در سونوگرافی سه ماهه اول، عدم بیماری پزشکی تأیید شده مادر، عدم سابقه شکستگی لگن و تجربه نکردن هیجانات روحی تأیید شده طی شش ماه گذشته بود. عدم شرکت در جلسات آموزشی به طور منظم، غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه همکاری، مرگ یا سقط جنین در حین تحقیق و تجربه کردن هیجانات روحی شدید در حین انجام پژوهش (اظهار فرد و تأیید مراجع ذی‌صلاح) نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

لازم به ذکر است که با توجه به معیارهای ورود، در مطالعه حاضر مادر بارداری با سابقه سزارین نبود. حجم نمونه بر اساس تحقیق مشابه شهرکی ثانوی و همکاران (۲۴) و در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، در هر گروه ۳۳ نفر برآورد گردید که با در نظر گرفتن ۱۵ درصد ریزش به دلیل مشکلات احتمالی، به ۳۸ نفر افزایش یافت.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 \left(p_1 \times (1-p_1)) + (p_2 \times (1-p_2))\right)}{(p_1 - p_2)^2}$$

جمع‌آوری اطلاعات طی سه مرحله قبل، بلافاصله، یک ماه بعد از مداخله با استفاده از دو پرسش‌نامه متشکل از شش بخش «اطلاعات دموگرافیک و باروری، آگاهی، نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری» انجام گرفت. پرسش‌نامه روا و پایا شده بر اساس پژوهش شهرکی ثانوی و همکاران (۲۳)، دارای نسبت روایی محتوا (Content validity ratio یا CVR)، ۰/۶۹ و شاخص روایی محتوا (Content validity index یا CVI) برابر با ۰/۸۸ بود. پایایی پرسش‌نامه با محاسبه ضریب Cronbach´s alpha در ابعاد آگاهی، نگرش، کنترل رفتاری درک شده و هنجارهای انتزاعی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۱، ۰/۸۷ و ۰/۸۷ به دست آمد.

سازه آگاهی شامل ۷ سؤال سه گزینه‌ای و نحوه امتیازدهی هر سؤال بر اساس میزان صحیح بودن گزینه انتخابی از صفر تا ۱ متغیر بود. سازه نگرش شامل ۶ سؤال و نحوه امتیازدهی آن بر اساس شاخص لیکرت پنج قسمتی از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف بود و دامنه امتیاز هر سؤال از ۱ تا ۵ در نظر گرفته شد. سازه هنجارهای ذهنی متشکل از ۶ سؤال دو گزینه‌ای و نحوه امتیازدهی هر سؤال بر اساس میزان صحیح بودن گزینه انتخابی به صورت ۱ تا ۲ بود.

سازه کنترل رفتاری درک شده از ۶ سؤال تشکیل شد و نحوه امتیازدهی آن بر اساس شاخص لیکرت پنج قسمتی از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف و دامنه امتیازات هر سؤال در بازه‌ای از ۱تا ۵ متغیر بود سازه قصد رفتاری شامل ۱ سؤال چهار گزینه‌ای و نحوه امتیازدهی هر سؤال بر اساس میزان صحیح بودن گزینه انتخابی از ۱ تا ۴ در نظر گرفته شد.

پس از تصویب و اخذ کد اخلاق IR.GMU.REC.1400.172 از دانشگاه علوم پزشکی گناباد و مجوزهای لازم و هماهنگی با دانشگاه علوم پزشکی مشهد، پژوهش آغاز شد. گروه شاهد آموزش روتین را دریافت کردند و برای گروه مداخله آموزش بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، در شش جلسه به مدت ۳ هفته و هر هفته دو جلسه در فضای مجازی از طریق واتس‌اپ و به صورت اسلاید، فیلم، پادکست صوتی و روش پرسش و پاسخ اجرا شد و محتوای آموزشی شامل پنج جلسه در مورد اهمیت انتخاب روش زایمان، فواید زایمان طبیعی و عوارض سزارین و تکنیک‌های تنفسی دوران بارداری و یک جلسه به طور کلی در مورد علایم خطر در بارداری، روش‌های کاهش درد زایمان، تغذیه، بهداشت روان و ورزش‌های دوران بارداری آموزش داده شد.

موضوعات شش جلسه بر اساس سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بود که پس از اتمام برنامه آموزشی جلسه اول و دوم (نگرش)، گروه مداخله معتقد می‌شوند اضطراب و ترس از درد زایمان را می‌توان تحمل کرد. پس از اتمام برنامه آموزشی جلسه سوم (کنترل رفتاری درک شده)، گروه مداخله قادر می‌باشند ترس ناشی از زایمان را مدیریت کنند و پس از اتمام برنامه آموزشی جلسه چهارم (هنجار ذهنی)، گروه مداخله می‌توانند بین زایمان طبیعی و سزارین یکی را انتخاب نمایند و پس از اتمام برنامه آموزشی جلسه پنجم (قصد رفتاری)، گروه مداخله با توجه به شرایط و راهکارهای عملی و اجرایی ارایه شده برای انتخاب زایمان طبیعی، آن‌ها قصد انتخاب زایمان خود را انجام می‌دهند و جلسه ششم مرور جلسات قبل بود. درباره هنجار ذهنی بر اساس سؤالات پرسش‌نامه، پس از شناسایی افراد تأثیرگذار بر نظر زنان باردار گروه مداخله، با این افراد تماس گرفته شد و درخواست حمایت از زنان در خصوص اهمیت زایمان طبیعی گردید.

داده‌ها با استفاده از مدل Generalized estimation equations (GEE) و آزمون‌های Kolmogorov-Smirnov، χ^2، Mann-Whitney و Fisher's exact در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (SPSS Inc., version 16, Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی مانند کسب رضایت آگاهانه، استفاده از پرسش‌نامه کدگذاری شده، محرمانه بودن اطلاعات نزد پژوهشگر و اختیار انصراف از مطالعه رعایت گردید.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان را ۷۶ زن باردار در دو گروه مداخله (۳۸ نفر) و شاهد (۳۸ نفر) تشکیل داد. میانگین سن مادران گروه‌های مداخله و شاهد به ترتیب ۷/۰۰ ± ۲۶/۵۰ و ۵/۳۳ ± ۲۵/۲۴ سال بود و تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه از نظر سن مادر باردار وجود نداشت ($P = ۰/۶۷۳$). تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله و شاهد در سایر متغیرهای دموگرافیک و باروری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵۰$) (جداول ۱ و ۲).

مقایسه آگاهی، نگرش، کنترل رفتاری درک شده و هنجار ذهنی را در دو گروه مداخله و شاهد، قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در جدول ۳ ارایه شده است. بین دو گروه مداخله و شاهد از نظر آگاهی و هنجار ذهنی قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵۰$). با توجه به ضرایب مدل GEE، نمرات آگاهی و هنجار ذهنی در گروه مداخله در زمان‌های بلافاصله و یک ماه پس از مداخله بیشتر از گروه شاهد بود. بین دو گروه مداخله و شاهد از نظر نگرش و کنترل رفتاری درک شده قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید ($P < ۰/۰۵۰$). بر اساس ضرایب مدل GEE، نمرات نگرش و کنترل رفتاری درک شده در گروه مداخله در زمان‌های بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله بیشتر از گروه شاهد گزارش شد.

جدول ۴ فراوانی و درصد قصد رفتاری را در دو گروه مداخله و شاهد، قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله نشان می‌دهد.

مقایسه نمره قصد رفتاری در دو گروه مداخله و شاهد، قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در جدول ۵ نشان داده شده است. بین دو گروه مداخله و شاهد از نظر قصد رفتاری قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵۰$). با توجه به ضرایب مدل GEE، شانس انتخاب زایمان طبیعی در گروه مداخله در زمان‌های بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله بیشتر از گروه شاهد بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده با روش روتین بر قصد انتخاب روش زایمان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر مشهد انجام شد. نتایج نشان دادکه آموزش بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده درگروه مداخله مؤثر بود و باعث افزایش معنی‌دار میانگین نمرات آگاهی، نگرش، کنترل رفتاری درک شده و هنجار ذهنی در گروه مداخله بعد از مداخله شد و همچنین، طبق نتایج به دست آمده از مطالعه، افزایش نمره قصد رفتاری زایمان طبیعی بعد از مداخله در گروه مداخله نشان دهنده تأثیر مثبت آموزش بوده است.

جدول ۱. میانگین متغیرهای دموگرافیک و باروری در دو گروه مداخله و شاهد

متغیر	گروه مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	گروه شاهد (میانگین ± انحراف معیار)	نتیجه آزمون Mann-Whitney
سن مادر (سال)	۲۶/۵۰ ± ۷/۰۰	۲۵/۲۴ ± ۵/۳۳	P = ۰/۶۷۳ ،U = ۶۸۱/۵
سن همسر (سال)	۳۱/۹۵ ± ۷/۲۵	۳۰/۸۲ ± ۴/۷۰	P = ۰/۵۰۵ ،U = ۶۵۸/۰
سن اولین بارداری (سال)	۲۳/۲۹ ± ۵/۴۸	۲۲/۷۹ ± ۴/۳۴	P = ۰/۹۱۷ ،U = ۷۱۲/۰
تعداد فرزند	۱/۰۳ ± ۰/۶۱	۰/۸۹ ± ۰/۵۰	P = ۰/۸۲۸ ،U = ۷۰۴/۵
تعداد بارداری	۱/۷۴ ± ۱/۱۶	۱/۵۸ ± ۰/۹۵	P = ۰/۷۷۲ ،U = ۶۹۸/۰
سن حاملگی (ماه)	۶/۵۰ ± ۱/۳۷	۶/۳۷ ± ۱/۳۸	P = ۰/۶۷۶ ،U = ۶۸۳/۰

جدول ۲. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک و باروری در دو گروه مداخله و شاهد

متغیر		گروه مداخله [تعداد (درصد)]	گروه شاهد [تعداد (درصد)]	نتیجه آزمون
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۱۵ (۳۹/۵)	۱۴ (۳۶/۸)	P = ۰/۹۵۴ ،*χ^2(۲) = ۰/۰۹۳
	دیپلم	۱۵ (۳۹/۵)	۱۵ (۳۹/۵)	
	دانشگاهی	۸ (۲۱/۱)	۹ (۲۳/۷)	
شغل مادر	خانه‌دار	۳۶ (۹۴/۷)	۳۶ (۹۴/۷)	**P > ۰/۹۹۹
	شاغل	۲ (۵/۳)	۲ (۵/۳)	
تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۱۹ (۵۰/۰)	۱۶ (۴۲/۱)	P = ۰/۵۲۳ ،*χ^2(۲) = ۱/۲۹۷
	دیپلم	۱۳ (۳۴/۲)	۱۲ (۳۱/۶)	
	دانشگاهی	۶ (۱۵/۸)	۱۰ (۲۶/۳)	
شغل همسر	کارمند	۳ (۷/۹)	۶ (۱۵/۸)	P = ۰/۰۷۵ ،*χ^2(۲) = ۵/۶۶۲
	کارگر	۶ (۱۵/۸)	۱۳ (۳۴/۲)	
	آزاد	۲۹ (۷۶/۳)	۱۹ (۵۰/۰)	
سابقه سقط	بلی	۵ (۱۳/۲)	۳(۷/۹)	**P = ۰/۷۱۱
	خیر	۳۳ (۸۶/۸)	۳۵ (۹۲/۱)	
نوع سابقه زایمان	زایمان طبیعی	۱۳ (۳۴/۲)	۱۳ (۳۴/۲)	**P > ۰/۹۹۹
	بدون سابقه زایمان	۲۵ (۶۵/۸)	۲۵ (۶۵/۸)	
نوع بارداری	خواسته	۳۱ (۸۱/۶)	۲۸ (۷۳/۷)	P = ۰/۴۰۹ ،*χ^2(۱) = ۰/۶۸۲
	ناخواسته	۷ (۱۸/۴)	۱۰ (۲۶/۳)	
سابقه بیماری در حاملگی	دارد	۱ (۲/۶)	۱ (۲/۶)	**P > ۰/۹۹۹
فعلی یا حاملگی قبلی	ندارد	۳۷ (۹۷/۴)	۳۷ (۹۷/۴)	

*آزمون χ^2، **آزمون Fisher's exact

از نظر آگاهی، بین دو گروه مداخله و شاهد قبل از انجام مداخله تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، اما بین دو گروه در زمان‌های بلافاصله و یک ماه پس از مداخله، تفاوت معنی‌داری مشاهده شد که با توجه به نتایج مدل GEE، نمره آگاهی در گروه مداخله در زمان‌های بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله بیشتر از گروه شاهد گزارش شد. می‌توان نتیجه‌گرفت که آموزش بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، در افزایش آگاهی زنان باردار نسبت به روش روتین تأثیر بیشتری داشت. نتایج تحقیق موحد و همکاران در خصوص عوامل مرتبط با انتخاب سزارین در میان زنان باردار ساکن شهر شیراز نشان داد که آگاهی اغلب افراد (۵۵/۳ درصد) به شیوه‌های زایمان، متوسط است و ۶۹ درصد نیز دارای نگرش میانه نسبت به سزارین می‌باشند و رابطه آگاهی و انتخاب نوع زایمان معنی‌دار نبود (۲۵) که با نتایج بررسی حاضر همخوانی نداشت. پژوهش بشارتی و همکاران که با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در انتخاب روش زایمان زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر رشت انجام شد، حاکی از آن بود که میزان آگاهی مادران باردارنسبت به روش‌های زایمان و مزایا و معایب آن‌ها در هر دو گروه مداخله و شاهد، در شروع مطالعه پایین بود (۲۶) که علت آن را می‌توان عدم کفایت آموزش‌های لازم در مراکز بهداشتی- درمانی دانست و از آن‌جایی که نمره آگاهی مادران باردار در گروه مداخله بعد از برنامه‌های‌آموزشی ۴۱/۷ درصد افزایش یافت، می‌توان چنین نتیجه‌گیری‌کرد که آموزش‌های حاضر در ارتقای سطح آگاهی مادران باردار نسبت به آموزش‌های غیر سیستماتیک تأثیر بیشتری داشته است (۲۶) که با یافته‌های تحقیق حاضر همسو بود.

با توجه به نتایج مدل GEE، نمره نگرش در گروه مداخله در زمان‌های بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله بیشتر از گروه شاهد بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که می‌توان از مداخله آموزشی بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده به منظور نگرش مثبت به زایمان طبیعی استفاده نمود. در مطالعه شهرکی ثانوی و همکاران، اغلب زنان بارداری که قصد سزارین انتخابی داشتند، نسبت به زایمان طبیعی دارای نگرش منفی بودند. نتایج تحقیق آنان نشان داد که بعد از مداخله، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در نگرش مشاهده گردید (۲۴). کشاورز و همکاران در پژوهش خود که با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده بر انتخاب روش زایمان انجام گرفت، دریافتند که میانگین نمره نگرش در گروه مداخله آموزش مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در مرحله بعد از مداخله، بیشتر از دو گروه دیگر و این اختلاف معنی‌دار بود (۲۷) و با نتایج مطالعه حاضر مشابهت داشت.

بر اساس نتایج مدل GEE، نمره کنترل رفتاری درک شده در گروه مداخله در زمان‌های بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله، بیشتر از گروه شاهد بود. نتایج تحقیق بشارتی و همکاران نشان داد که میانگین نمره کنترل رفتاری درک شده در گروه مداخله بعد از آموزش افزایش یافت و این در حالی است که میانگین نمره کنترل رفتاری درک شده در گروه شاهد در بررسی مجدد هیچ تغییری را نشان نداد. همچنین، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله و شاهد بعد از جلسات‌آموزشی مشاهده گردید (۲۶).

جدول ۳. مقایسه آگاهی، نگرش، کنترل رفتاری درک شده و هنجار ذهنی قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد

متغیر	قبل از مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	بلافاصله بعد از مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	یک ماه بعد از مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	آزمون GEE			آماره آزمون	مقدار P
				مقادیر غیر استاندارد				
				ضریب رگرسیونی	انحراف معیار			
آگاهی								
مداخله	۳/۵۸ ± ۱/۳۱	۵/۱۶ ± ۱/۰۵	۵/۱۳ ± ۱/۰۴	۰/۱۱۸	۰/۳۱۱	مداخله نسبت به شاهد	۰/۱۴۵	۰/۷۰۴
				−۰/۳۱۶	۰/۰۶۰	زمان	۲۷/۶۳۶	< ۰/۰۰۱
شاهد	۳/۸۲ ± ۱/۴۷	۳/۲۴ ± ۱/۸۱	۳/۱۸ ± ۱/۷۴	۱/۰۹۲	۰/۱۰۶	اثر متقابل زمان و گروه	۱۰۷/۲۴۴	< ۰/۰۰۱
نگرش								
مداخله	۱۷/۵۵ ± ۱/۲۹	۲۱/۹۲ ± ۲/۹۴	۲۱/۸۷ ± ۲/۸۸	۰/۸۲۰	۰/۳۱۸	مداخله نسبت به شاهد	۶/۶۷۲	۰/۰۱۰
				−۰/۰۹۲	۰/۰۴۱	زمان	۵/۰۴۶	۰/۰۲۵
شاهد	۱۷/۴۷ ± ۱/۲۲	۱۷/۳۷ ± ۱/۲۶	۱۷/۲۹ ± ۱/۲۵	۲/۲۵۰	۰/۱۴۴	اثر متقابل زمان و گروه	۲۴۳/۸۳۵	< ۰/۰۰۱
کنترل رفتاری درک شده								
مداخله	۱۸/۷۹ ± ۱/۶۰	۲۲/۸۴ ± ۲/۱۹	۲۲/۶۸ ± ۲/۰۰	۰/۹۹۱	۰/۳۷۵	مداخله نسبت به شاهد	۶/۹۹۷	۰/۰۰۸
				۰/۰۲۶	۰/۰۳۷	زمان	۰/۵۰۷	۰/۴۷۷
شاهد	۱۸/۴۷ ± ۱/۶۲	۱۸/۵۸ ± ۱/۵۷	۱۸/۵۳ ± ۱/۵۰	۱/۹۲۱	۰/۰۹۸	اثر متقابل زمان و گروه	۳۸۴/۲۵۴	< ۰/۰۰۱
هنجار ذهنی								
مداخله	۹/۵۳ ± ۱/۳۵	۱۰/۸۴ ± ۰/۹۲	۱۰/۷۴ ± ۰/۹۲	۰/۳۲۰	۰/۳۳۱	مداخله نسبت به شاهد	۰/۹۳۶	۰/۳۳۳
				−۰/۱۱۸	۰/۰۳۵	زمان	۱۱/۷۹۳	۰/۰۰۱
شاهد	۹/۴۵ ± ۱/۶۷	۹/۳۲ ± ۱/۶۰	۹/۲۱ ± ۱/۵۸	۰/۷۲۴	۰/۰۸۷	اثر متقابل زمان و گروه	۷۰/۰۴۹	< ۰/۰۰۱

GEE: Generalized estimation equations

جدول ۴. فراوانی قصد رفتاری در دو گروه مداخله و شاهد، قبل، بلافاصله و یک ماه پس از مداخله

گروه	قصد رفتاری	قبل از مداخله [تعداد (درصد)]	بلافاصله بعد از مداخله [تعداد (درصد)]	یک ماه بعد از مداخله [تعداد (درصد)]
مداخله	قطعاً سزارین	۲ (۵/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)
	احتمالاً سزارین	۱۲ (۳۱/٦)	۰ (۰)	۰ (۰)
	احتمالاً طبیعی	۱۱ (۲۸/۹)	۸ (۲۱/۱)	۷ (۱۸/٤)
	قطعاً طبیعی	۱۳ (۳٤/۲)	۳۰ (۷۸/۹)	۳۱ (۸۱/٦)
شاهد	قطعاً سزارین	۳ (۷/۹)	۳ (۷/۹)	۳ (۷/۹)
	احتمالاً سزارین	۱۰ (۲٦/۳)	۱۰ (۲٦/۳)	۹ (۲۳/۷)
	احتمالاً طبیعی	۱۸ (٤۷/٤)	۱٦ (٤۲/۱)	۱۷ (٤٤/۷)
	قطعاً طبیعی	۷ (۱۸/٤)	۹ (۲۳/۷)	۹ (۲۳/۷)

جدول ۵. مقایسه قصد رفتاری در دو گروه مداخله و شاهد بر اساس مدل Generalized estimation equations (GEE)

متغیر	مقادیر غیر استاندارد		آماره	مقدار P
	ضریب رگرسیونی	انحراف معیار		
گروه مداخله نسبت به شاهد	۰/۳۸٤	۰/٤۰۳	۰/۹۰٦	۰/۳٤۱
زمان	۰/۱۷۲	۰/۱۲۱	۲/۰۰۷	۰/۱۵۷
اثر متقابل زمان و گروه	۰/۸۰۱	۰/۲٤۰	۱۱/۱۳۳	۰/۰۰۱

نتایج پژوهش شهرکی ثانوی و همکاران در خصوص بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده نسبت به انتخاب نوع زایمان در زنان باردار نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین تغییر نمره سازه کنترل رفتاری درک شده در دو گروه مداخله و شاهد وجود داشت ($P < ۰/۰۱۰$) (۲۴) و با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌راستا بود.

نتایج مدل GEE نشان داد که نمره هنجار ذهنی در گروه مداخله در زمان‌های بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله بیشتر از گروه شاهد بود. بر اساس نتایج تحقیق حاضر، مهم‌ترین هنجارهای ذهنی برای زنان باردار در درجه اول، پزشک و بعد همسر، مادر و دوستان هستند و انگیزه برای اطاعت نیز از همین روش پیروی می‌کند. همچنین، نتایج در رابطه با هنجار ذهنی نشان دهنده تأثیر معنی‌دار در مداخله آموزشی جهت بهبود وضعیت هنجار ذهنی بود. نتایج پژوهش کشاورز و همکاران نشان داد که بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، میانگین نمره هنجارهای ذهنی پس از مداخله در گروه آموزش بیشتر از دو گروه دیگر (آموزش به روش پمفلت و شاهد) بود. لازم به ذکر است که هنجارهای ذهنی شامل همسر، مادر، مادر همسر و افراد تأثیرگذار (دوستان) بود که به صورت غیر مستقیم آموزش دریافت کرده بودند. بر اساس نتایج به دست آمده، این افراد به عنوان هنجارهای ذهنی، پس از مداخله آموزشی تأثیر معنی‌داری در بهبود دیدگاه مادران باردار نسبت به زایمان طبیعی و کاهش سزارین داشتند (۲۷). بشارتی و همکاران با انجام مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که میانگین هنجارهای ذهنی در گروه مداخله بعد از آموزش افزایش معنی‌داری داشت؛ در حالی که در گروه شاهد تفاوت معنی‌داری را نشان نداد (۲۶) و با یافته‌های بررسی حاضر همخوانی داشت.

با توجه به نتایج مدل GEE، شانس انتخاب زایمان طبیعی در گروه مداخله در زمان‌های بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله بیشتر از گروه شاهد بود. نتایج تحقیق فتحیان و همکاران با هدف بررسی تأثیر آموزش بر آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی بر اساس مدل قصد رفتاری در شهرستان خمینی‌شهر نشان داد که قبل و پس از مداخله، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های شاهد و مداخله در قصد رفتاری مشاهده گردید که تأثیر عملکرد این نوع آموزش در کاهش میزان سزارین بود (۱۵). بشارتی و همکاران نتیجه‌گیری کردند که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله و شاهد بعد ازآموزش از نظر قصد رفتاری وجود داشت ($P < ۰/۰۵۰$) (۲۶) که این یافته با نتایج پژوهش حاضر همسو بود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر شامل انجام سریع مراحل جمع‌آوری داده‌ها و مداخله با توجه به باردار بودن نمونه و خارج شدن از مطالعه پس از زایمان بود که پیشنهاد می‌گردد برای رفع این محدودیت و تسریع انجام پروژه با توجه به باردار بودن مادران، سعی شود که مداخله در فاصله زمانی کوتاه‌تری صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که مداخله آموزشی بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، در قصد انتخاب روش زایمان در زنان باردار دارای تأثیر مثبتی می‌باشد و پیشنهاد می‌شودکه با توانمندسازی مراقبان سلامت و ماماها و دست‌اندرکاران برنامه‌های آموزشی در حوزه سلامت، نسبت به استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده به منظور اثربخشی بهتر آموزش‌ها جهت انتخاب روش زایمان طبیعی و ارتقای سلامت مادران باردار اقدام شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت با شماره ۱۴۰۰/۳۱۴ و کد اخلاق IR.GMU.REC.1400.172، مصوب دانشگاه علوم پزشکی گناباد می‌باشد. بدین وسیله از ریاست، مسؤولان و معاونت‌های دانشگاه علوم پزشکی گناباد و کمیته تحقیقات، حراست و ریاست دانشکده بهداشت به جهت همکاری در انجام این مطالعه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از استادان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی گناباد، حراست و معاونت‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ریاست و مسؤولان مرکز بهداشت شماره ۲ مشهد، سرپرستان و کارکنان مراکز خدمات جامع سلامت شهید هاشمی‌نژاد/ شهید عباس‌زاده و کلیه مادران باردار شرکت‌کننده در تحقیق سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham F. Williams gynecology. 2nd ed. New York, NY: McGraw Hill; 2012.
2. Arianpur Kashani M, Delgoshaei B. Dictionary. 2nd ed. Tehran, Iran: Jahan Rayaneh; 2003. [In Persian].
3. Kenton K, Brincat C, Mutone M, Brubaker L. Repeat cesarean section and primary elective cesarean section: Recently trained obstetrician-gynecologist practice patterns and opinions. Am J Obstet Gynecol 2005; 192(6): 1872-5.
4. Michaluk GA. Having an elective cesarean section: Doing what's best [PhD Thesis]. Knoxville, TN: University of Tennessee; 2011.
5. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study. BMJ 2007; 335(7628): 1025.
6. Tehran Times. WHO Survey: Half of China`s Birth are C-Section [Online]. [cited 2010 June 21]; Available from: URL: http://www.tehrantimes.com/index_view.asp?cod=212178
7. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: The 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006; 367(9525): 1819-29.
8. Torkzahrani S. Commentary: Childbirth education in Iran. J Perinat Educ 2008; 17(3): 51-4.
9. Abedian Z, Navaee M, Jaafari Sani H, Arani A, Ebrahimzadeh S. comparing the effect of two teaching methods, role playing and lecture on primigravida women's knowledge, attitude and performance according to delivery mode. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2012; 15(1): 26-34. [In Persian].
10. Gibbs RS, Danforth DN. Danforth's obstetrics and gynecology. Trans. Faridian Araq D, Sotoudeh Nia A, Ebrahimi F, Sobhanian K, Tadayon M. Tehran, Iran: Nasle Farda; 2005. [In Persian].
11. McKay Hart D, Norman JE. Gynecology illustrated. London, UK: Churchill Livingstone; 2000.
12. The Risk of Cesarean Section. A Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) Fact Sheet [Online]. [cited 2010 Feb]; Available from: URL: https://cims.wildapricot.org/resources/documents/ therisksofcesareansectionfebruary2010.pdf
13. Khani S, Shabankhani B. Can the cesarean rate be reduced in Mazandaran. J Mazandaran Univ Med Sci 2004; 14(45): 43-51. [In Persian].
14. Davari M, Maracy M, Ghorashi Z, Mokhtari M. The relationship between socioeconomic status and the prevalence of elective cesarean section in nulliparous women in Niknafs Teaching Centre in Rafsanjan, Iran. Women's Health Bulletin 2014; 1(2): 1-5. [In Persian].
15. Fathian Z, Zeighami B, Hasanzade 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): e94808.
16. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2012.
17. Khodakarami N .Why is the cesarean section rate high in Iran. Khabaronline [Online]. [cited 2013 Oct 12]; Available from: URL: https://www.khabaronline.ir/news/317070 [In Persian].
18. Safavi A. General methods and teaching techniques. 2nd ed. Tehran, Iran: Moaser Publications; 2000. [In Persian].
19. Ajzen I, Fishbein M. understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1980.
20. Godin G, Kok G. The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. Am J Health Promot 1996; 11(2): 87-98.
21. Aizen I. Theory of Planned Behavior (TPB) [Online]. [cited 2023]; Available from: URL: https://people.umass.edu/aizen/index.html
22. Aizen I. Constructing a Theory of Planned Behavior Questionnaire [Online]. [cited 2006 June 15];; Available from: URL: https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf
23. Shahraki Sanavi F, Ansari-Moghaddam A, Rakhshan F, Navabi Rigi S. Two teaching methods to encourage pregnant women for performing normal vaginal delivery. Iran J Med Educ 2012; 12(3): 184-92. [In Persian].
24. Shahraki Sanavi MS, Navidian P, Rakhshani P, Ansari-Moghaddam P. The effect of education on base the Theory of Planned Behavior toward normal delivery in pregnant women with intention elective cesarean. Hormozgan Med J 2014; 17(6): 531-9. [In Persian].
25. Movahed M, Enayat H, Ghaffarinasab E, Alborzi S, Mozafari R. Related factors to choose cesarean rather than normal delivery among Shirazian pregnant women. J Fasa Univ Med Sci 2012; 2(2): 78-83. [In Persian].
26. 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. J Adv Med Biomed Res 2011; 19(77): 94-106. [In Persian].
27. Keshavarz Z, Ghazanfarian A, Simbar M, Shakeri N. Effect of educational intervention based on theory of planned behavior (TPB) in selecting mode of delivery. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2016; 19(27): 1-7. [In Persian].