

Evaluation of effective factors on the choice of delivery method by nulliparous pregnant women referring to Shaheed Mostafa Khomeini hospital in Tehran

Mohamadmir Koohbor¹, Ali Davati², Ahia Garshasbi^{3*}, Farahnaz Torkestani³

1. Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran
2. Department of Social Medicine, Shahed University, Tehran, Iran
3. Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran

* corresponding author e-mail: dr.garshasbi@gmail.com

citation: Koohbor M A, Davati A, Garshasbi A. Evaluation of effective factors on the choice of delivery method by nulliparous pregnant women referring to shaheed mostafa khomeini hospital in tehran. daneshvar medicine 2022; 29(6):14-23.
doi: 10.22070/daneshmed.2021.15211.1128

abstract

Background and Objective: Maternal beliefs are influential in choosing the type of delivery. the study of determining factors in choosing the method of delivery using the health belief model can be helpful in predicting the type of delivery selected by mothers. the aim of this study was to investigate the factors affecting the choice of delivery method by nulliparous pregnant women.

Materials and Methods: A total of 73 nulliparous pregnant women referred to shaheed mostafa khomeini hospital in Tehran in 1400 entered a cross-sectional descriptive-analytical study. Data collection tool, two-part questionnaire including demographic characteristics and questions related to the health belief model including 7 self-efficacy factors, misconception of the benefits of cesarean delivery, exaggeration in the risks of vaginal delivery, perceived sensitivity, general beliefs, willingness to accept was the mindset of health professionals (physician, midwife). Data analysis was performed with SPSS software version 16.

Results: Comparison of mothers with cesarean section and mothers with vaginal delivery were significantly different in mean scores of self-efficacy ($p < 0.005$), misdiagnosis ($p < 0.001$) and exaggeration of natural childbirth risks ($p < 0.001$). Comparing the mean scores of perceived sensitivity, general beliefs, willingness to accept and the mindset of health professionals for mothers with the choice of cesarean section and natural delivery was not statistically significant.

Conclusion: The findings showed that perceived self-efficacy, misconceptions and exaggerations in the risks of vaginal delivery predict the type of childbirth selected. Education based on these factors can be useful in choosing the method of delivery.

Keywords: Delivery method, Health belief model, Cesarean section, Vaginal delivery

Received: 20 Aug 2021

Last revised: 15 Dec 2021

Accepted: 01 Jan 2022

بررسی عوامل موثر بر انتخاب روش زایمان توسط زنان باردار نخست‌زا مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی

نویسندگان: محمدمیر کوه بُر^۱، علی دواتی^۲، احیا گرشاسبی^{۳*}، فرحناز
ترکستانی^۳

۱. دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۳. گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: احیا گرشاسبی Email: dr.garshasbi@gmail.com

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه و هدف: باورهای مادرانه در انتخاب نوع زایمان تاثیرگذار است. بررسی عوامل تعیین کننده انتخاب روش زایمان با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی میتواند در پیش بینی نوع زایمان انتخابی توسط مادران کمک کننده باشد. مطالعه اخیر با هدف بررسی عوامل موثر بر انتخاب روش زایمان توسط زنان باردار نخست‌زا انجام شد.

مواد و روش‌ها: تعداد ۷۳ خانم باردار نخست‌زا مراجعه کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی تهران در سال ۱۴۰۰ وارد مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی شدند. ابزار جمع آوری داده‌ها، پرسشنامه ترجیحات زنان باردار برای روش زایمان دکنتر زمانی علویجه شامل دو قسمت مشخصات فردی و سؤالات مربوط به الگوی اعتقاد بهداشتی شامل ۷ فاکتور خودکارآمدی، برداشت نادرست از مزایای زایمان سزارین، اغراق در خطرات زایمان واژینال، حساسیت درک شده، باورهای عمومی، میل به پذیرش، طرز فکر متخصصان بهداشت (پزشک، ماما) بود. با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل آماری انجام شد.

نتایج: مقایسه مادران با انتخاب سزارین و مادران با انتخاب زایمان واژینال از نظر میانگین نمره های خودکارآمدی ($P=0.005$) و برداشت نادرست ($P<0.001$) و اغراق در خطرات زایمان طبیعی ($P<0.001$) اختلاف معنی دار داشتند. مقایسه میانگین نمره های حساسیت درک شده، باورهای عمومی، میل به پذیرش و طرز فکر متخصصان بهداشت برای مادران با انتخاب روش زایمانی سزارین و واژینال تفاوت مشخص آماری نداشت.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که خودکارآمدی درک شده، برداشت نادرست و اغراق در خطرات زایمان واژینال پیش بینی کننده نوع زایمان انتخابی است. آموزش مبتنی بر این عوامل می تواند در انتخاب روش زایمان مفید باشد.

واژه های کلیدی: روش زایمان، الگوی اعتقاد بهداشتی، سزارین، زایمان واژینال

دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۲۹

آخرین اصلاح‌ها: ۱۴۰۰/۰۹/۲۴

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۱۱

مقدمه

فرهنگی. ترس و اضطراب ناشی از احساس خطر بروز بیماریهای احتمالی بدنبال زایمان واژینال یکی از دلایل شایع انتخاب سزارین است (۱۶-۱۱). مهمترین دلیل انتخاب سزارین، نگرش منفی زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی است. بسیاری از مطالعات تایید کردند که باورهای منفی دلیل اصلی انتخاب هر نوع زایمان است (۱۸،۱۷).

این باورهای منفی، به عنوان تهدید قابل درک، و همچنین ارزیابی منافع یا خطرات، ساختارهای اصلی مدل اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model (HBM هستند. این مدل که مبتنی بر نظریه علوم رفتاری است، یک الگوی آموزش سلامت بین فردی است که از ساختارهای نظری به عنوان حساسیت درک شده، سود درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی تشکیل شده است (۱۹،۲۰). علاوه بر این عوامل، برخی از محققان معتقدند عدم تحمل درد نیز یکی دیگر از عوامل موثر در انتخاب حالت زایمان است. این بدان معناست که این عامل با سازه های خودکارآمدی در HBM مغایرت دارد (۲۱،۲۲).

بر اساس نتایج فوق الذکر، HBM می تواند الگوی مناسبی برای طراحی مواد باشد. از آنجا که بعید است یک مدل خاص بتواند رفتارها را به درستی پیش بینی کند، توصیه می شود برای درک جامع تر، سایر مولفه ها و اعتقادات را نیز در نظر گرفت. در همین راستا، برخی مطالعات نشان دادند که عقاید پزشکان، ماماها و بستگان از عوامل بسیار مهم در انتخاب زایمان با روش سزارین است (۲۳). این مفهوم با ساختار باورهای هنجاری تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده سازگار است.

عوارض مادری و جنینی سزارین بیشتر از زایمان واژینال است (۲۳،۲۴). میزان سزارین در هر کشوری از شاخص‌های سلامت مادران است. افزایش سزارین غیرضروری بیانگر عملکرد نامناسب آن کشور است. نرخ واقعی سزارین در کشورهای متعدد از جمله کشورهای درحال توسعه به مراتب بسیار بالاتر از توصیه سازمان بهداشت جهانی است. وجود این آمار و ارقام و فاصله ما تا رسیدن به شعار سازمان بهداشت جهانی، لزوم انجام پژوهشی در جهت یافتن علل این افزایش و انجام راه کارها در جهت کاهش این آمار و ارقام ضروری به نظر

افزایش نرخ سزارین در بیشتر کشورهای جهان ثبت شده است (۱). در برزیل، بر اساس داده های اخیر منتشر شده توسط وزارت بهداشت، درصد زایمان های سزارین ۴۰٪ در شبکه بهداشت و ۸۴٪ در جمعیت بیمه شده سلامت است (۲). در چین، نرخ سزارین در نظرسنجی سازمان بهداشت جهانی در مورد بهداشت مادران و پری ناتال، ۴۶٪ بود که به ۴۷٪ در نظرسنجی چند کشوره بهداشت مادران و نوزادان طی ۵ سال، افزایش یافت (۳). با این حال، طبق مطالعات، میزان زایمان سزارین در ایران هنوز ۳-۴ برابر استاندارد جهانی گزارش شده است. در بررسی سیستماتیک اعظمی و همکاران در سال ۲۰۱۴، شیوع سزارین براساس اطلاعات ثبت شده در بیمارستان‌های دانشگاهی در ایران ۴۸٪ بود (۴،۵). شریعت و همکاران گزارش کردند که ۷۰٪ از زنان باردار تصمیم به انجام عمل سزارین گرفته اند و در نهایت، ۶۷٪ از آنها سزارین شده اند (۶). طبق مطالعه شریفی راد و همکاران، ۷۰٪ زنان باردار نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی دارند (۷). گزارش ها حاکی از آن است که میزان سزارین در ایران، بسیار بالاتر از کشورهای اروپایی است و این امر ناشی از عوامل متعددی بوده که طی بیش از چهار دهه، یک اثر افزایشی ایجاد کرده و باعث تمایل عمومی، چه در بین مردم و چه در بین ارائه دهندگان خدمات به انجام سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی شده است و میزان سزارین در ایران از محدوده قابل قبول اعلام شده توسط سازمان جهانی بهداشت بسیار بالاتر است (۸،۹).

براساس اعلام سازمان جهانی بهداشت، حدود ۱۰٪-۱۵٪ موارد سزارین قابل قبول است. این درصد مربوط به مواردی است که زندگی مادر و جنین در صورت عدم مداخله جراحی در خطر باشد یا مواردی که انجام زایمان به روش واژینال به علل مختلفی از جمله نحوه قرار گیری جنین، جفت و غیره امکان پذیر نباشد (۱۰).

تصمیم گیری در مورد انتخاب روش زایمان برای بسیاری از خانم ها آسان نیست. عوامل زیادی در تصمیم گیری برای انتخاب روش زایمان تأثیر می گذارد شامل ترس از زایمان، محل زایمان، مداخلات پزشکی، برداشت ها و ترجیحات زنان، شرایط اقتصادی، عوامل اجتماعی و

می‌رسد.

بررسی عوامل تعیین‌کننده انتخاب روش زایمان با استفاده از این الگوها می‌تواند در طراحی برنامه‌های آموزشی مناسب جهت ارتقاء انجام زایمان ایمن کمک‌کننده باشد. می‌تواند رابطه‌ی بین عقاید و باورهای مرتبط با سلامتی مادران با رفتار آنان را مشخص کند. همچنین می‌تواند برای پیش‌بینی احتمال نوع زایمان انتخابی توسط مادران کمک‌کننده باشد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل موثر بر انتخاب روش زایمان توسط زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی بود که روی مادران باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان مصطفی خمینی شهر تهران انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورتغیرتصادفی در دسترس بود که ظرف مدت ۶ ماه از تاریخ ۹۹/۱۱/۱ لغایت ۱۴۰۰/۴/۱ انجام شد. برآورد اولیه به این صورت بود که حداقل حجم نمونه‌ای کمتر از ۶۰ عدد نباشد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: نخست‌زا بودن؛ رضایت جهت شرکت در مطالعه. معیارهای خروج از مطالعه شامل: بیماری‌های زمینه‌ای مثل دیابت، فشارخون بالا، بیماریهای قلبی عروقی، هیپرتیروییدی و اختلالات روانی، سابقه سقط و نازایی و زایمان زودرس به هر دلیل بود. از همه خانم‌های باردار مراجعه‌کننده جهت مراقبت‌های دوران بارداری که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، پس از توضیح پژوهش، رضایت آگاهانه کتبی جهت شرکت در مطالعه اخذ شد. اطلاعات عمومی شامل سن، سن حاملگی و سطح تحصیلات و شغل ثبت گردید. سپس درسالن انتظار ویزیت، پرسشنامه روان‌سنجی توسط مادران تکمیل شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه ترجیحات زنان باردار برای روش زایمان دکتر زمانی علویجه شامل دو قسمت اطلاعات جمعیت‌شناختی و روان‌سنجی بود که روایی و پایایی آن در مطالعه زمانی و همکاران تایید شد (۲۲). قسمت اول پرسشنامه شامل مشخصات فردی (سن، شغل، میزان تحصیلات و سن حاملگی) و قسمت دوم پرسشنامه اطلاعات روان‌سنجی شامل ۲۱ پرسش مربوط

به هفت فاکتور خودکارآمدی، برداشت نادرست از مزایای زایمان سزارین، اغراق در خطرات زایمان طبیعی، حساسیت درک شده به معنی درک فرد از خطر، باورهای عمومی، میل به پذیرش، طرز فکر متخصصان بهداشت شامل پزشک و ماما بود. این فاکتورها با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت گزینه‌های کاملاً موافقم/موافقم/نظری ندارم/مخالقم/کاملاً مخالفم سنجیده شدند.

فاکتور خودکارآمدی شامل سوالات ۱ تا ۵، که حداقل و حداکثرنمره قابل کسب به ترتیب ۵ و ۲۵ و نمره بالاتر نشان دهنده وضعیت بهتر است. فاکتور برداشت نادرست از مزایای زایمان سزارین شامل سوالات ۶ تا ۹، که حداقل و حداکثرنمره قابل کسب به ترتیب ۴ و ۲۰ است. نمره‌ی پایین‌تر وضعیت بهتر را نشان می‌دهد.

فاکتور اغراق در خطرات زایمان طبیعی شامل سوالات ۱۰ تا ۱۲، که حداقل و حداکثرنمره قابل کسب به ترتیب ۳ و حداکثر نمره ۱۵ است. نمره‌ی پایین‌تر نشان دهنده وضعیت بهتر است. فاکتور حساسیت درک شده شامل سوالات ۱۳ تا ۱۵، که حداقل نمره قابل کسب ۳ و حداکثر نمره ۱۵ است. نمره‌ی بالاتر وضعیت بهتر را نشان می‌دهد.

فاکتور باورهای عمومی شامل سوالات ۱۶ و ۱۷، که حداقل و حداکثرنمره قابل کسب به ترتیب ۲ و ۱۰ است. نمره‌ی پایین‌تر نشان دهنده وضعیت بهتر است. فاکتور میل به پذیرش شامل سوالات ۱۸ و ۱۹، که حداقل و حداکثر نمره قابل کسب به ترتیب ۲ و ۱۰ است. نمره‌ی پایین‌تر نشان دهنده وضعیت بهتر است. فاکتور طرز فکر متخصصان بهداشت شامل سوالات ۲۰ و ۲۱، که حداقل نمره قابل کسب ۲ و حداکثر نمره ۱۰ است. نمره‌ی پایین‌تر وضعیت بهتر را نشان می‌دهد. پس از کدگذاری فاکتورها، به منظور به دست آوردن نمره مربوط به هر فاکتور، نمره‌ی گویه‌های هر فاکتور با هم جمع شد و نمره فاکتور مورد نظر به صورت عدد به دست آمد. میانگین عددی نهایی فاکتورها جهت مقایسه‌ها مورد استفاده قرار گرفتند (۲۲).

این پژوهش با کد اخلاقی IR.SHAHED.REC.1400.002 توسط کمیته تخصصی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه شاهد تصویب شد.

تجزیه و تحلیل آماری

در پایان داده ها در نرم افزار آماری SPSS 16 وارد شد. با استفاده از تست آماری Kolmogorov-Smirnov (K-S) نرمالیت متغیرهای کمی مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به این که تمام متغیرهای کمی غیرنرمال بودند، از آزمون آماری من ویتنی یو جهت مقایسه نمرات فاکتورهای پرسشنامه و همچنین سن مادران با انتخاب روش زایمان طبیعی و سزارین، استفاده شد. جهت مقایسه فاکتورهای سطح تحصیلات و شغل بین دو گروه، از آزمون کای اسکویر استفاده شد.

نتایج

۷۹ مادر باردار نخست زا در این مطالعه وارد شدند. ۶ بیمار با تشخیص دیابت (۲ نفر)، فشارخون بالا (۳ نفر) و زایمان زودرس (۱ نفر) از مطالعه خارج شدند. میانگین سنی مادران $29/6 \pm 5/3$ سال بود. میانگین سن بارداری مادران $1/23 \pm 10/4$ هفته بود. $17/9\%$ مادران دیپلم، $55/1\%$ لیسانس، $14/1\%$ فوق لیسانس و $7/7\%$ دکترا و بالاتر داشتند. پاسخ ۴۸ نفر ($64/9\%$) از مادران در به سوال نوع زایمان درخواستی زایمان طبیعی و ۲۶ نفر ($35/1\%$) سزارین بود. میانگین سنی مادران در گروه با اولویت زایمان طبیعی، $29/7 \pm 5/6$ سال و در مادران با اولویت زایمان سزارین، $29/4 \pm 5/2$ بود. تجزیه و تحلیل آماری، اختلاف آماری معنی دار در میانگین سنی مادران بین دو گروه را نشان نداد ($P=0.7$). تجزیه و تحلیل آماری ارتباط معنی دار بین میزان تحصیلات مادر و زایمان دلخواه وی را نشان نداد ($P=0.6$) $66/7\%$ مادران خانه دار و $62/1\%$ مادران شاغل تمایل به انجام زایمان طبیعی داشتند. بین دو گروه مادران شاغل و خانه دار از جهت نوع زایمان دلخواه، ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت ($P=0.6$). در کل مادران میانگین نمره فاکتور خودکارآمدی $16/1 \pm 4/3$ ، فاکتور برداشت نادرست از مزایای زایمان سزارین $10/9 \pm 3/3$ ، فاکتور اغراق در خطرات زایمان طبیعی $10 \pm 2/6$ ، فاکتور حساسیت درک شده $8/6 \pm 2/1$ ، فاکتور باورهای عمومی $6/4 \pm 2/1$ ، فاکتور میل به پذیرش $4/3 \pm 2$ و فاکتور طرز فکر

متخصصان بهداشت $5 \pm 1/6$ به دست آمد.

در جدول ۱ اطلاعات روان سنجی مادران مورد مطالعه بر حسب نوع زایمان انتخابی مادر نشان داده شده است. مقایسه میانگین نمره فاکتور خودکارآمدی گروه مادران با انتخاب زایمان سزارین ($14/2 \pm 5/1$) و مادران با انتخاب زایمان طبیعی ($17/2 \pm 3/5$) اختلاف معنی دار آماری نشان داد ($P<0.005$). میانگین نمره فاکتور برداشت نادرست از مزایای زایمان سزارین در گروه مادران با انتخاب سزارین ($12/9 \pm 3/5$) و در گروه مادران با انتخاب زایمان طبیعی ($9/8 \pm 2/6$) بود. بین دو گروه انتخابی روش زایمان، از جهت نمره برداشت نادرست از مزایای زایمان سزارین، اختلاف معنی دار آماری وجود داشت ($P<0.001$).

بین میانگین نمره فاکتور اغراق در خطرات زایمان طبیعی مادران با انتخاب سزارین ($11/9 \pm 2/1$) و مادران با انتخاب زایمان طبیعی ($9 \pm 2/2$) اختلاف معنی دار آماری وجود داشت ($P<0.001$). نمره فاکتور حساسیت درک شده به ترتیب در مادران با انتخاب روش زایمانی سزارین و طبیعی ($8/1 \pm 2/8$) و ($8/8 \pm 1/7$) به دست آمد. بین دو گروه مادران از جهت این میانگین، اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت ($P<0.3$). نمره فاکتور باورهای عمومی در مادران با زایمان دلخواه سزارین $7/3 \pm 2/3$ و در مادران با زایمان دلخواه طبیعی $6 \pm 1/9$ به دست آمد. تجزیه و تحلیل آماری، اختلاف معنی دار بین این دو نمره در مادران را نشان داد ($P<0.01$).

میانگین نمره فاکتور میل به پذیرش در مادران با اولویت سزارین $5/1 \pm 2/4$ و در مادران با اولویت زایمان طبیعی $3/8 \pm 1/6$ به دست آمد. این میانگین در دو گروه مادران، اختلاف آماری معنی دار نشان داد ($P<0.03$). بررسی فاکتور طرز فکر متخصصان بهداشت نشان داد که این نمره در مادران با اولویت زایمان سزارین $5/1 \pm 2$ و در مادران با اولویت زایمان طبیعی $5 \pm 1/3$ بوده است. میانگین نمره طرز فکر متخصصان بهداشت بین دو گروه مادران با انتخاب روش زایمانی طبیعی و سزارین، اختلاف آماری معنی دار نشان نداد ($P<0.9$).

جدول ۱. اطلاعات روان‌سنجی مادران مورد مطالعه بر حسب نوع زایمان دلخواه مادر

P value*	نوع زایمان دلخواه مادر	
	طبیعی	سزارین
* < ۰/۰۰۱	۱۷/۲±۳/۵	۱۴/۲±۵/۱
* < ۰/۰۰۱	۹/۸±۲/۶	۱۲/۹±۳/۵
* < ۰/۰۰۱	۹±۲/۲	۱۱/۹±۲/۱
< ۰/۳	۸/۸±۱/۷	۸/۱±۲/۸
* < ۰/۰۱	۶±۱/۹	۷/۳±۲/۳
* < ۰/۰۳	۳/۸±۱/۶	۵/۱±۲/۴
< ۰/۹	۵±۱/۳	۵/۱±۲

بحث

خودکارآمدی را قضاوت فرد در مورد تواناییهایش در مورد انجام یک عمل مشخص می‌داند. باندورا خودکارآمدی را مهمترین پیش شرط تغییر رفتار می‌داند (۲۵). یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نمره خودکارآمدی درک شده زنان با انتخاب زایمان طبیعی به طور معنی داری بالاتر بود. در همین راستا، در مطالعه افشاری میانگین نمره خودکارآمدی در گروه زایمان طبیعی بیشتر از گروه سزارین گزارش شد (۱۹). همچنین در مطالعه بحری زنان با نمره خودکارآمدی بالاتر تمایل بیشتری به زایمان طبیعی داشتند (۲۶). همچنین خرسندی و همکاران در مطالعه خود نقش سازه خودکارآمدی را در انتخاب روش زایمان برای کنترل ترس از زایمان طبیعی عنصری کلیدی عنوان کرده بودند (۲۷). در مطالعه کنعانی نیز خودکارآمدی در انتخاب روش زایمان موثر بود (۲۸).

خودکارآمدی یک ساختار کلیدی در بسیاری از نظریه‌های آموزش بهداشت است و به نظر می‌رسد اساسی‌ترین ساختار رفتاری مربوط به انتخاب روش زایمان باشد (۲۰). خودکارآمدی می‌تواند رفتارهای سلامتی را پیش بینی کند. با توجه به هر نوع رفتاری، این فاکتور می‌تواند افراد را تشویق به انجام رفتار یا حتی تغییر آن رفتار کند. شناخت این ساختار به توضیح بهتر تفاوت‌های فردی در رفتارهای بهداشتی کمک می‌کند (۲۱، ۲۲).

بنابراین توجه به راهکارهای مناسب در زمینه بهبود باورهای زنان باردار نسبت به توانایی انجام زایمان طبیعی و مقابله مؤثر با درد زایمان در آموزشهای دوران بارداری

مطالعه اخیر با هدف بررسی عوامل موثر بر انتخاب روش زایمان ۷۳ خانم باردار نخست‌زا مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی تهران در سال ۱۴۰۰ انجام شد. با استفاده از پرسشنامه اطلاعات روان‌سنجی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی که شامل ۲۱ پرسش مربوط به هفت فاکتور: ۱- خودکارآمدی ۲- برداشت نادرست از مزایای زایمان سزارین ۳- اغراق در خطرات زایمان طبیعی ۴- حساسیت درک شده به معنی درک فرد از خطر ۵- باورهای عمومی ۶- میل به پذیرش ۷- طرز فکر متخصصان بهداشت (شامل پزشک و ماما) است، ارزیابی انجام شد. در مطالعه اخیر نوع زایمان درخواستی ۶۴٪ مادران زایمان طبیعی و ۳۵٪/۱ سزارین بود. این یافته با نتایج سایر مطالعات هم‌خوانی دارد (۳۰، ۳۱).

یکی از الگوهای تغییر رفتار در سطح فردی، الگوی اعتقاد بهداشتی است که از پرکاربردترین نظریه‌ها و الگوهای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت است در این الگو فرض بر این است که افراد در صورتی رفتار سالم را انجام میدهند که احساس کنند در معرض خطر قرار دارند (سازه حساسیت درک شده)، خطرات انجام رفتار ناسالم جدی است (سازه شدت درک شده)، انجام رفتار سالم برای آنها منافع زیادی در پی خواهد داشت (سازه منافع درک شده)، موانع انجام رفتار سالم را می‌توان مرتفع ساخت (سازه موانع درک شده) و برای انجام رفتار سالم خود را توانا ببینند (سازه خودکارآمدی درک شده).

دهند. حاجیان و همکاران دریافتند که اگر افراد در مورد خطرات زایمان سزارین آگاهی داشته باشند، احتمال بیشتری وجود دارد که آنها در صورت نداشتن علائم پزشکی، زایمان طبیعی را انتخاب کنند (۳۰). حساسیت فردی یکی از قویترین ادراکات جهت واداشتن افراد به اتخاذ رفتار سلامتی است. هر فرد درکی منحصر به فرد از تجربه یک موقعیت دارد که می‌تواند در جهت مخالف با سلامت او باشد. حساسیت درک شده دارای یک جزء شناختی قوی است که عمدتاً بستگی به دانش و آگاهی افراد دارد. با آموزش و تشریح احتمال بروز عواقب منفی می‌توان میزان حساسیت درک شده را نسبت به منافع و مضار روش‌های زایمان ارتقا داد.

مقایسه نمره فاکتور باورهای عمومی در مادران با انتخاب زایمان سزارین و مادران با انتخاب زایمان طبیعی اختلاف معنی‌دار را نشان داد. مطابق با یافته‌های این تحقیق، در مطالعات دیگر نیز باورهای عمومی به عنوان یک عامل مهم در تصمیم‌گیری زنان باردار در مورد نحوه زایمان مشخص شده است (۷). ایده‌های همسر، خانواده، دوستان و نزدیکان زنان بسیار موثر است (۲۸). به همین دلیل است که چنین افرادی نیز باید به کلاس‌های آموزشی دعوت شوند.

عامل ششم تمایل به پذیرش بود. میانگین نمره میل به پذیرش به طور معنی‌داری در مادران با انتخاب روش زایمان سزارین بیشتر بود. در مطالعه زمانی نمره میل به پذیرش به طور معنی‌داری در مادران با انتخاب روش زایمان طبیعی بیشتر بود (۲۲). این عامل در سایر مدل‌های رفتاری استفاده نشده است.

میانگین نمره فاکتور طرز فکر متخصصان بهداشت بین دو گروه مادران با انتخاب روش زایمان طبیعی و سزارین، اختلاف آماری معنی‌دار نشان نداد. در مطالعه زمانی نیز این فاکتور تفاوت معنی‌داری بین زنان با انتخاب زایمان سزارین و انتخاب زایمان طبیعی نداشت. اما این عامل در مطالعات ترنر (۳۲) و گیتی (۳۳) تأثیرگذار بود. ترنر و همکاران بیان کردند که نظر ماماها در انتخاب شیوه زایمان توسط مادران بسیار موثر است (۳۲).

یک توضیح احتمالی برای تفاوت در نتایج به دست آمده در مورد این فاکتور، ممکن است به این دلیل باشد که

ضروری است. بر این اساس انجام مداخلت آموزشی مناسب و هدفمند مبتنی بر تقویت خودکارآمدی می‌تواند منجر به تغییر باور و رفتار شود.

میانگین نمره فاکتور برداشت نادرست از مزایای زایمان سزارین در مادران با انتخاب سزارین بالاتر از نمره مادران با انتخاب زایمان طبیعی بود. بین روش زایمانی دلخواه و این فاکتور ارتباط معنی‌دار وجود داشت. علیرغم این واقعیت اثبات شده و بدیهی که خطر مرگ و میر مادری و نوزادی در سزارین به مراتب بالاتر از زایمان طبیعی است، هنوز بسیاری از مردم هنوز زایمان سزارین را دارای خطرات کمتری نسبت به زایمان طبیعی می‌دانند (۱۲،۲۳). نتایج سایر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیشتر مادران آگاهی متوسط یا ضعیفی از فواید یا مضرات روشهای زایمان داشتند (۱۹-۲۱). عواملی نظیر اولین تجربه زایمان و از طرفی کافی نبودن آموزشهای دوران بارداری در بروز این میزان آگاهی موثر است. بنابراین، به نظر می‌رسد ارائه برنامه آموزشی می‌تواند به زنان باردار در درک مزایا و معایب زایمان طبیعی و سزارین کمک کند.

سومین فاکتور مورد بررسی مبالغه آمیز بودن خطرات زایمان طبیعی بود. میانگین نمره فاکتور اغراق در خطرات زایمان طبیعی در مادران با انتخاب روش زایمان سزارین به طور معنی‌داری بالاتر بود. همانطور که پیش‌تر نیز ذکر شد، این مورد ناشی از دانش ناکافی مادران باردار در مورد این روش زایمان است که می‌توان با برگزاری دوره‌های آموزشی، موجب افزایش آگاهی و دانش این افراد شد (۲۲). بنابراین ضروری به نظر می‌رسد که به زنان باردار به طور واقعی در مورد مزایا و معایب زایمان سزارین آموزش داده شود.

بین دو گروه مادران از جهت میانگین نمره فاکتور حساسیت درک شده، اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت. در پژوهش‌های بحری و افشاری و دادی‌پور و زمانی بین سازه حساسیت درک شده و روش انتخاب زایمان ارتباط معنی‌دار وجود داشت (۲۹-۲۶). این فاکتور به درک فرد از خطر یا شانس ابتلا به بیماری یا وضعیت سلامتی اشاره دارد. افرادی که احساس می‌کنند مستعد ابتلا به یک مشکل خاص هستند، رفتارهایی را انجام می‌دهند تا خطر ابتلا به یک مشکل سلامتی را کاهش

زایمان خود می گیرند تأثیر گذار است. آموزش مبتنی بر این عوامل می تواند در انتخاب روش زایمان مفید باشد. این تحقیق نشان می دهد که طراحی برنامه های آموزشی برای زنان باردار برای آموزش مزایا و خطرات روش های مخایف زایمان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی ارزش دارد. این امر به زنان امکان می دهد تا در انتخاب روش تولدی که معتقدند برای آنها مناسب است، مشارکت فعال داشته باشند.

تعارض منافع

تعارض منافع وجود ندارد.

در حالی که سایر مطالعات ایده ماماها را در نظر گرفته اند، این مطالعه ایده همه متخصصان بهداشت شامل پزشکان و ماماها را مورد بررسی قرار داده است. از آنجا که ایده های پرسنل می تواند ترجیحات زنان باردار را برای نحوه زایمان تغییر دهد، بسیار ضروری است که برخی از کلاس های آموزشی، با تمرکز بر اخلاق و مهارت های اجتماعی، برای متخصصان بهداشت نیز برگزار شود.

نتیجه گیری

یافته ها نشان داد که خودکارآمدی درک شده و برداشت نادرست و اغراق در خطرات زایمان واژینال پیش بینی کننده نوع زایمان انتخابی و بر تصمیمی که زنان در مورد نحوه

منابع

- Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. WHO multi-country survey on maternal and newborn health research network. use of the robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Global Health* 2015 ;3(5):e260-70.
- Câmara R, Burlá M, Ferrari J, Lima L, Amim JJ, Braga A, et al. Cesarean section by maternal request. *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes* 2016;43(4):301-10.
- Darsareh F, Aghamolaei T, Rajaei M, Madani A. Determinants of caesarean birth on maternal demand in the Islamic Republic of Iran: a review. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2017; 23(6):441-448.
- 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 Services Research* 2011;11(1):1-14.
- Azami-Aghdash S, Ghojzadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M. Prevalence and causes of cesarean section in Iran: systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health* 2014;43(5):545.
- Shariat M, Ehdavevand F, Ataie M, Karami Z, Hadipoor Jahromi LHJ, Farahani Z. Effectiveness of community based intervention on improvement of pregnancy and delivery process in district 4 of Tehran. *Tehran University Medical Journal TUMS Publications* 2015;73(7):527-34.
- Sharifirad G, Rezaeian M, Soltani R, Javaheri S, Mazaheri MA. A survey on the effects of husbands' education of pregnant women on knowledge, attitude, and reducing elective cesarean section. *Journal of Education and Health Promotion* 2013; 2:50.
- Shahshahan Z, Heshmati B, Akbari M, Sabet F. Cesarean section in Iran. *Lancet* 2016 ;388(10039):29-30.
- Jafarzadeh A, Hadavi M, Hasanshahi G, Rezaeian M, Vazirinejad R, Aminzadeh F, Sarkoohi A. Cesarean or Cesarean Epidemic? *Archives of Iranian Medicine* 2019;22(11):663-670.
- Betran AP, Torloni M R, Zhang J J, Gülmezoglu A M. WHO Statement on Cesarean Section Rates: a commentary. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2016;123(5):667-670.

11. Moosavi A, Sheikhlou SG, Sheikhlou SG, Abdolahi K, Yaminifar L, Maktabi M. Influencing factors in choosing delivery method: Iranian primiparous women's perspective. *Electron Physician* 2017;9(4):4150-4.
12. Shirzad M, Shakibazadeh E, Hajimiri K, Betran AP, Jahanfar S, Bohren MA, et al. Prevalence of and reasons for women's, family members', and health professionals' preferences for cesarean section in Iran: a mixed-methods systematic review. *Reproductive Health* 2021 2;18(1):3.
13. Safari-Moradabadi A, Alavi A, Pormehr-Yabandeh A, Eftekhaari TE, Dadipoor S. Factors involved in selecting the birth type among primiparous women. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion* 2018 3;7:55.
14. Bam V, Lomotey AY, Kusi-Amponsah Diji A, Budu HI, Bamfo-Ennin D, Mireku G. Factors influencing decision-making to accept elective caesarean section: A descriptive cross-sectional study. *Heliyon* 2021 11;7(8):e07755.
15. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2020 ;33(22):3867-3872.
16. Mortazavi F, Mehrabadi M. Predictors of fear of childbirth and normal vaginal birth among Iranian postpartum women: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021; 21(1):316.
17. Rahnama P, Mohammadi K, Montazeri A. Salient beliefs towards vaginal delivery in pregnant women: A qualitative study from Iran. *Reproductive Health* 2016; 23;13:7
18. Zandkarimi E, Moghimbeigi A, Mahjub H. Assessing the Factors Affecting Cesarean Section Selection in Iranian Women Using Multilevel Count Models with Excess Zeros. *Iranian Journal of Public Health* 2021;50(4):816-824.
19. Afshari A, Ghafari M. A survey on selection of delivery method by nulliparous pregnant women using health belief model in Semirom, Iran, 2012. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013;16(47.48):22-9.
20. Baghianimoghadam M, Baghianimoghadam M, Jozi F, Hatamzadah N, Mehrabbik A, Hashemifard F, et al . The relationship between HBM constructs and intended delivery method. *Tolooe Behdasht* 2014; 12 (4) :105-116..
21. Dadipoor S, Mehraban M, Aghamolaei T, Ramezankhani A, Safari-Moradabadi A. Prediction of Birth Type Based on the Health Belief Model. *Journal of Family & Reproductive Health* 2017;11(3):159-164.
22. Zamani-Alavijeh F, Shahry P, Kalhori M, Araban M. Pregnant women's preferences for mode of delivery questionnaire: Psychometric properties. *Health Education & Health Promotion* 2017; 19;6:20.
23. Khooshideh M, Mirzarahimi T. The Comparison of Maternal and Neonatal Outcomes of Normal Vaginal Delivery versus Unplanned Cesarean Section Delivery. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2017;17(1):122–132.
24. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2016 ;123(5):745-53.
25. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977;84(2):191.
26. Bahri N, Mohebi S, Bahri N, Davoudi Farimani S, Khodadoost L. Factors related to the decision making process of primigravid women about mode of delivery: A theory-based study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2017; 20(8): 42-50.

27. Khorsandi M, Ghofranipour F, Heydarnia A, Faghihzade S, Akbarzade A, Vafaei M. Survey of perceived self efficacy in pregnant women. *Iranian Journal of Medical Sciences* 2008; 26(1):89-95.
28. Kanani S, Allahverdipour H. Self-Efficacy of Choosing Delivery Method and Labor Among Pregnant Women in Pars-Abad City. *Journal of Education and Community Health* 2014; (2):39-47.
29. Loke AY, Davies L, Li SF. Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: The Health Belief Model. *BMC Health Services Research* 2015;15:274.
30. Hajian S, Shariati M, Najmabadi KM, Yunesian M, Ajami ME. Psychological predictors of intention to deliver vaginally through the extended parallel process model: a mixed-method approach in pregnant Iranian women. *Oman Medical Journal* 2013; 28(6):395.
31. Long Q, Kingdon C, Yang F, Renecke MD, Jahanfar S, Bohren MA, et al. Prevalence of and reasons for women's, family members', and health professionals' preferences for cesarean section in China: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine* 2018 ;15(10):e1002672.
32. Turner C, Young J, Solomon M, Ludlow J, Benness C, Phipps H. Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2008;115(12):1494-502.
33. Guittier M-J, Cedraschi C, Jamei N, Boulvain M, Guillemin F. Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014;14(1):1-9.