

Comparison of Health Belief Model Constructs Based on Birth Type among Primiparous Pregnant Women in Bandar Abbas, Iran

Sakineh Dadipoor (MSc)¹, Teamur Aghamolaei (PhD)², Ali Ramezankhani (PhD)³, Ali Safari-Moradabadi (MSc)^{4,5,*}

¹ Fertility and Infertility Research Center, School of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

² Social Determinants in Health Promotion Research Center, School of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

³ Department of Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Social Development and Health Promotion Research Center, School of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

⁵ Student Research Committee, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Ali Safari-Moradabadi, Social Development and Health Promotion Research Center, School of Public Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. Email: alisafari_31@yahoo.com

Abstract

Received: 23/03/2017

Accepted: 30/05/2017

How to Cite this Article:

Dadipoor S, Aghamolaei T, Ramezankhani A, Safari-Moradabadi A. Comparison of Health Belief Model Constructs Based on Birth Type among Primiparous Pregnant Women in Bandar Abbas, Iran. *J Educ Community Health*. 2017; 4(1): 59-65. DOI: 10.18869/acadpub.jech.4.1.59

Background and Objective: Cesarean section is the most widespread birth-related surgery throughout the world, the mortality rate of which is seven times as high as that of vaginal delivery. The present study aimed to compare the Health Belief Model (HBM) constructs based on the selected birth type among the primiparous pregnant women in Bandar Abbas, Iran.

Materials and Methods: This descriptive-analytical, cross-sectional study was carried out on 210 primiparous women referring to the health care centers of Bandar Abbas in 2016. The study population was performed using a combination of cluster and simple random sampling methods. The data were collected by means of a questionnaire consisting of three parts, namely demographic data, awareness, and HBM constructs. The data were analyzed in SPSS software (version 18) using descriptive statistics, Chi-square test, and one-way ANOVA.

Results: The mean age of the participants was 24.56±4.96 years. Furthermore, 36.2% and 63.8% of the mothers had undergone cesarean section and normal delivery, respectively. The mean score of maternal awareness regarding the advantages and disadvantages of delivery methods was 6.63%. In addition, there was a significant statistical difference in all HBM constructs between the mothers of different delivery types ($P<0.05$).

Conclusion: Based on the findings of the present study, the number of the unessential cesarean sections can be reduced by undertaking some measures. These actions include the consistent implementation of educational courses on the side effects and hazards of cesarean section by the health care centers as well as identification and removal of the barriers to mothers' choice of vaginal delivery with the aim of attracting the mothers' trust for undergoing this delivery.

Keywords: Cesarean Section; Health Belief Model; Primiparous Women

مقایسه سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بر حسب انتخاب روش زایمان در زنان نخست‌زای

شهر بندرعباس

سکینه دادی پور^۱، تیمور آقاملانی^۲، علی رمضانخانی^۳، علی صفری مرادآبادی^{۴*}

^۱ دانشجوی دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات باروری و ناباروری، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

^۲ دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

^۳ دکترای تخصصی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

^۵ دانشجوی دکترای تخصصی، کمیته پژوهشی دانشجویان، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: علی صفری مرادآبادی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. ایمیل: alisafari_31@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: عمل سزارین گسترده‌ترین عمل جراحی برای زایمان در جهان می‌باشد و میزان مرگ و میر ناشی از آن، ۷ برابر زایمان طبیعی است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بر حسب انتخاب روش زایمان در زنان نخست‌زای شهر بندرعباس انجام شد.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۱/۰۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۰۹

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی بود که روی ۲۱۰ مادر باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۵ انجام شد. روش نمونه‌گیری ترکیبی از روش‌های خوشه‌ای و تصادفی ساده بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه سه قسمتی شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی، آگاهی و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بود. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از آماره‌های توصیفی و آزمون‌های Chi square و آنالیز واریانس یک‌طرفه در نرم‌افزار SPSS 18 تحلیل شد.

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

یافته‌ها: براساس یافته‌های به‌دست آمده، میانگین سنی مادران باردار شرکت‌کننده در این پژوهش، ۲۴/۵۶±۴/۹۶ سال بود. ۶۳/۸ درصد از مادران زایمان طبیعی و ۳۶/۲ درصد عمل سزارین انجام داده بودند. همچنین میانگین نمره آگاهی مادران از مزایا و معایب روش‌های زایمانی، ۶/۶۳ درصد برآورد گردید. اختلاف آماری معناداری نیز در تمامی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بین روش‌های زایمان انتخابی مادران مشاهده شد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، برگزاری مداوم کلاس‌های آموزشی در زمینه عوارض و خطرات سزارین توسط مراکز بهداشتی در کنار مراقبت‌های دوران بارداری، شناسایی موانعی که برای انتخاب زایمان طبیعی بر سر راه مادران قرار گرفته و اقدام در برطرف کردن آن‌ها با هدف اعتماد هرچه بیشتر مادران برای انجام زایمان به روش طبیعی می‌تواند در کاهش عمل‌های سزارین غیرضروری مؤثر واقع شود.

واژگان کلیدی: الگوی اعتقاد بهداشتی؛ روش زایمان؛ زنان نخست‌زای

مقدمه

پیش از این یکی از موفقیت‌های انسان محسوب می‌شد و جان مادران و نوزادان زیادی را نجات داده است؛ اما در سه دهه اخیر

عمل سزارین گسترده‌ترین عمل جراحی برای زایمان در جهان می‌باشد و انجام آن در حال افزایش است. اگرچه سزارین

شهر بندرعباس انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۵ در بین زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر بندرعباس صورت گرفت. حجم نمونه با استفاده از فرمول $n = \frac{z^2 \sigma^2}{d^2}$

با $\sigma = 6.7$ با احتساب اطمینان ۹۵ درصد و اختلاف قابل قبول $d=1$ با مقدار واقعی جامعه در برآورد نمره سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و با احتمال ریزش ۱۰ درصدی، ۲۱۰ نفر تعیین شد. در این مطالعه، شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری چند-مرحله‌ای انتخاب و وارد مطالعه شدند. بدین منظور ابتدا از بین ۲۰ مرکز بهداشتی-درمانی شهر بندرعباس، ۱۲ مرکز به‌عنوان خوشه برای نمونه‌گیری انتخاب شد و در ادامه سهمیه هر مرکز با توجه به جمعیت تحت پوشش آن تعیین گردید. سپس از بین زنان تحت پوشش، افراد واجد شرایط به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و وارد مطالعه شدند. از جمله معیارهای ورود به این مطالعه، زنان باردار نخست‌زای ۲۸ هفته و بالاتر، نداشتن اندیکاسیون سزارین از قبیل تومورهای خوش‌خیم و بدخیم انسدادی، عفونت فعال هرپس تناسلی، بریچ و رضایت برای شرکت در مطالعه بود و معیارهای خروج از مطالعه نیز ناقص بودن پرسشنامه‌ها در نظر گرفته شده بود.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه سه قسمتی اطلاعات جمعیت‌شناختی، سؤالات آگاهی و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بود که روایی و پایایی آن در مطالعات پیشین گزارش شده است [۱۰]. پرسشنامه آگاهی ۱۵ سؤال در زمینه روش‌های زایمان داشت که با مقیاس بلی (نمره ۱)، خیر و نمی‌دانم (نمره صفر) سنجیده شد. دامنه نمرات قابل اکتساب بین ۰ تا ۱۵ بود که نمرات ۰ تا ۵ به‌عنوان سطح آگاهی پایین، ۶ تا ۱۰ سطح آگاهی متوسط و ۱۱ تا ۱۵ سطح آگاهی خوب در نظر گرفته شد. سازه‌های حساسیت و شدت درک‌شده هر کدام با ۶ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) اندازه‌گیری شد. دامنه نمرات قابل اکتساب بین ۶ تا ۳۰ بود که نمره ۶ تا ۱۴ به‌عنوان حساسیت و شدت درک‌شده پایین، نمره ۱۵ تا ۲۲ حساسیت و شدت درک‌شده متوسط و نمره ۲۳ تا ۳۰ حساسیت و شدت درک‌شده بالا در نظر گرفته شد. سازه‌های موانع و منافع درک‌شده نیز هر کدام با ۱۰ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) اندازه‌گیری گردید. دامنه نمرات قابل اکتساب بین ۱۰ تا ۵۰ بود که نمره ۱۰ تا ۲۳ به‌عنوان موانع و منافع درک‌شده پایین، نمره ۲۴ تا ۳۷ موانع و منافع درک‌شده متوسط و نمره ۳۸ تا ۵۰ موانع و منافع درک‌شده بالا در نظر گرفته شد. گفتنی است سازه خودکارآمدی درک‌شده با ۴ سؤال در

میزان عمل سزارین در سراسر جهان روندی صعودی بدون هیچ‌گونه بهبودی در مرگ و میر مادر و نوزاد داشته است [۱]. گفتنی است عمل سزارین مانند دیگر عمل‌های جراحی بزرگ با عوارضی همراه می‌باشد و گاهی این عوارض بسیار خطرناک هستند [۲]. میزان مرگ و میر ناشی از سزارین، ۷ برابر زایمان طبیعی گزارش شده است. از دیگر عوارض سزارین می‌توان به عفونت رحمی، خونریزی پس از زایمان، مشکلات جراحی و آسیب به لگن اشاره کرد [۳].

براساس مطالعات انجام‌شده، نرخ واقعی سزارین در کشورهای متعدد از جمله کشورهای در حال توسعه به مراتب بسیار بالاتر از توصیه سازمان بهداشت جهانی (WHO: World Health Organization)، (۱۵-۱۰ درصد) است [۴]. میزان عمل سزارین در ایالات متحده از ۲۰/۷ درصد در سال ۱۹۹۶ به ۳۲/۸ درصد در سال ۲۰۱۱ رسیده است [۵]. درخور ذکر است بین عمل سزارین در ایران (۶۰-۵۰ درصد) و استاندارد جهانی (۵ تا ۱۵ درصد) تفاوت زیادی وجود دارد [۶]. نتایج بسیاری از مطالعات میزان بالای انجام عمل سزارین غیر اورژانسی در کشورمان را نشان می‌دهد [۷-۱۰]. در مطالعات مختلف عوامل متعددی برای انتخاب روش زایمان ذکر شده است که از آن جمله می‌توان به ترس از درد زایمان طبیعی و عوارض سزارین برای نوزاد، ناآگاهی از عوارض سزارین، توصیه پزشک، سزارین قبلی، تحصیلات بالاتر والدین، شغل و قومیت اشاره کرد [۱۱-۱۳].

یکی از الگوهای تغییر رفتار در سطح فردی، الگوی اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model) است که از پرکاربردترین نظریه‌ها و الگوهای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت می‌باشد [۱۴]. 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 درک‌شده)، خطرات انجام رفتار ناسالم جدی است (سازه شدت درک‌شده)، انجام رفتار سالم برای آن‌ها منافع زیادی در پی خواهد داشت (سازه منافع درک‌شده)، موانع انجام رفتار سالم را می‌توان مرتفع ساخت (سازه موانع درک‌شده) و برای انجام رفتار سالم خود را توانا ببینند (سازه خودکارآمدی درک‌شده) [۱۵].

گفتنی است آمار دریافتی از استان هرمزگان، نمایانگر نرخ ۴۲ درصدی انجام عمل سزارین در سال ۱۳۹۳ می‌باشد [۱۶]. مرور مطالعات پیشین نیز نشان می‌دهد که پژوهش‌ها تاکنون بیشتر به بررسی میزان شیوع سزارین و برخی عوامل مرتبط با انتخاب نوع زایمان پرداخته‌اند؛ بنابراین با توجه به متناقض بودن نتایج اندک مطالعات انجام‌شده بر پایه نظریه‌هایی در پیش‌بینی قصد فرد در انتخاب نوع زایمان و انجام‌نشدن مطالعه‌ای براساس الگوی اعتقاد بهداشتی در پیش‌بینی قصد انتخاب زایمان در زنان شهر بندرعباس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بر حسب انتخاب روش زایمان در زنان نخست‌زای

آزمون‌های Chi square و آنالیز واریانس یک‌طرفه در نرم‌افزار SPSS 18 تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری در همه آزمون‌های به‌کار رفته کمتر از ۵ درصد در نظر گرفته شده بود.

یافته‌ها

براساس یافته‌های به‌دست آمده، میانگین سنی مادران شرکت‌کننده در این پژوهش، $24/56 \pm 4/96$ (حداقل ۱۵ و حداکثر ۴۳ سال) و میانگین سن ازدواج، $21/23 \pm 5/16$ سال بود. ۱۷۴ نفر از مادران (۸۲/۹ درصد) خانه‌دار و ۷۴ نفر (۳۵/۲ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. از ۲۱۰ مادر باردار مورد مطالعه، ۱۴۹ نفر (۷۱ درصد) قصد زایمان طبیعی و ۳۶ نفر (۱۷/۱ درصد) قصد سزارین داشتند و ۲۵ نفر (۱۱/۹ درصد) نیز نوع زایمان خود را انتخاب نکرده بودند. پس از پایان دوره بارداری با پیگیری‌های تلفنی مشخص شد که ۶۳/۸ درصد زایمان طبیعی داشتند و ۳۶/۲ درصد عمل سزارین انجام داده بودند (جدول ۱). در جدول ۲، وضعیت نمرات آگاهی و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی شرکت‌کنندگان در این مطالعه ارائه شده است. طبق یافته‌ها، میانگین نمره آگاهی مادران از مزایا و معایب روش‌های

مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) اندازه‌گیری شد. دامنه نمرات قابل اکتساب بین ۴ تا ۲۰ بود که نمره ۴ تا ۸ به‌عنوان خودکارآمدی درک‌شده پایین، نمره ۹ تا ۱۴ خودکارآمدی درک‌شده متوسط و نمره ۱۵ تا ۲۰ خودکارآمدی درک‌شده بالا در نظر گرفته شده بود. در این میان، قصد رفتاری مادران درخصوص نوع زایمان انتخابی با یک سؤال ۳ گزینه‌ای زایمان طبیعی، زایمان سزارین و هنوز تصمیمی ندارم مورد سنجش قرار گرفت. همچنین پس از زایمان برای تعیین روش زایمان انجام‌شده توسط زنان باردار پیگیری‌های تلفنی انجام شد.

پرسشنامه‌ها نیز پس از هماهنگی با حراست دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و ارائه معرفی‌نامه و دریافت رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از مادران، ضمن رعایت موازین اخلاقی و محرمانه‌بودن اطلاعات در اختیار آنان قرار گرفت. درخور ذکر است که مطالعه حاضر مصوب شورای پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان با شناسه HUMS.REC.1394.122 می‌باشد.

داده‌های به‌دست آمده با استفاده از آماره‌های توصیفی و

جدول ۱: توزیع فراوانی و سطح معناداری متغیرهای مورد مطالعه بر حسب گروه‌های زایمان (n=210)

متغیر	گروه زایمان طبیعی تعداد (درصد)	گروه سزارین تعداد (درصد)	گروه بی‌نظر تعداد (درصد)	سطح معناداری
تحصیلات	بیسواد ۴ (۱/۹)	۰	۰	۰/۲۶۳
	ابتدایی ۹ (۴/۲۸)	۱ (۰/۴۷)	۲ (۰/۹۵)	
	راهنمایی ۱۲ (۵/۷۱)	۳ (۱/۴۲)	۰	
	دبیرستان ۲۷ (۱۲/۸۵)	۵ (۲/۳۸)	۹ (۴/۲۸)	
	دیپلم ۴۶ (۲۱/۹۰)	۱۱ (۵/۲۳)	۷ (۳/۳۳)	
	دانشگاهی ۵۱ (۲۴/۲۸)	۱۶ (۷/۶۱)	۷ (۳/۳۳)	
شغل	خانه‌دار ۱۲۴ (۵۹/۰۴)	۲۸ (۱۳/۳۳)	۲۲ (۱۰/۴۷)	۰/۶۲۷
	کارگر ۱ (۰/۴۷)	۰	۰	
	کارمند ۲۰ (۹/۵۲)	۵ (۲/۳۸)	۳ (۱/۴۲)	
	سایر موارد ۴ (۱/۹)	۳ (۱/۴۲)	۰	
درآمد	ضعیف ۲۲ (۱۰/۴۷)	۳ (۱/۴۲)	۲ (۰/۰۹)	۰/۸۲۶
	متوسط ۸۲ (۳۹/۰۴)	۲۱ (۱۰)	۱۷ (۸/۰۹)	
	خوب ۴۳ (۲۰/۴۷)	۱۲ (۵/۷۱)	۶ (۲/۸۵)	
	عالی ۲ (۰/۰۹)	۰	۰	

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت نمرات آگاهی و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی شرکت‌کنندگان در مطالعه (n=210)

متغیر	سطح پایین تعداد (درصد)	سطح متوسط تعداد (درصد)	سطح بالا تعداد (درصد)	میانگین (±انحراف معیار)
آگاهی	۷۳ (۳۴/۸)	۱۲۳ (۵۸/۵)	۱۴ (۶/۷)	۶/۸ (±۲/۶۷)
حساسیت درک‌شده	۵۸ (۲۷/۶)	۱۲۸ (۶۱)	۲۴ (۱۱/۴)	۱۶/۷۱ (±۳/۸۳)
شدت درک‌شده	۲۷ (۱۲/۹)	۱۵۶ (۷۴/۲)	۲۷ (۱۲/۹)	۱۸/۳۱ (±۳/۹۹)
موانع درک‌شده	۱۰۹ (۵۱/۹)	۹۱ (۴۳/۳)	۱۰ (۴/۸)	۲۳/۱۲ (±۸/۱۵)
منافع درک‌شده	۸ (۳/۸)	۱۰۴ (۴۹/۵)	۹۸ (۴۶/۷)	۳۶/۴۵ (±۵/۹۴)
خودکارآمدی درک‌شده	۳۰ (۱۴/۳)	۷۱ (۳۳/۸)	۱۰۹ (۵۱/۹)	۱۲/۶۷ (±۴/۳۹)

در این مطالعه اختلاف آماری معناداری در خصوص نمره آگاهی در بین روش‌های انتخابی زایمان مشاهده شد ($P=0/011$). همچنین طبق یافته‌های به‌دست آمده، نمرات تمامی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در بین سه روش انتخابی زایمان از تفاوت آماری معناداری برخوردار بود (جدول ۳).

زایمانی، ۶/۶۳ درصد بود. در این میان، به ترتیب ۶/۷، ۱۱/۴ و ۱۲/۹ درصد از مادران دارای آگاهی، حساسیت و شدت درک‌شده مطلوبی بودند. وضعیت منافع و خودکارآمدی درک‌شده نیز به ترتیب در بین ۴۶/۷ و ۵۱/۹ درصد از مادران در سطح مطلوبی گزارش شد.

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در بین روش‌های مختلف انتخابی زایمان

متغیر	گروه زایمان طبیعی	گروه بدون تصمیم	گروه سزارین	سطح معناداری
آگاهی	۷/۴۵ (±۲/۶۱)	۵/۴ (±۲/۷۰)	۶/۱۳ (±۲/۶۵)	۰/۰۱۱
حساسیت درک‌شده	۱۷/۴۲ (±۴/۰۲)	۱۵/۱۲ (±۲/۲۷)	۱۴/۹۱ (±۲/۹۰)	<۰/۰۰۱
شدت درک‌شده	۱۸/۹۸ (±۳/۹۶)	۱۷ (±۴/۱۴)	۱۶/۴۷ (±۳/۲۲)	۰/۰۰۱
موانع درک‌شده	۲۱/۲۲ (±۷/۶۱)	۲۶/۶ (±۴/۸۷)	۲۸/۵۸ (±۸/۹۹)	<۰/۰۰۱
منافع درک‌شده	۳۷/۱۰ (±۶/۰۱)	۳۴/۷۲ (±۴/۸۶)	۳۵ (±۵/۹۷)	۰/۰۴۸
خودکارآمدی درک‌شده	۱۴/۹۶ (±۴/۲۷)	۱۱/۱۶ (±۳/۰۷)	۱۱/۲۵ (±۴/۳۹)	<۰/۰۰۱

بحث

است و این آگاهی نمی‌تواند پایه و اساس علمی داشته باشد؛ بنابراین نگرش‌های منفی نسبت به زایمان طبیعی و ناآگاهی مادران از عوارض عمل سزارین باعث گرایش آنان به عمل سزارین می‌شود [۲۴]. به‌نظر می‌رسد آگاهی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامتی می‌باشد و گامی اساسی نیز در اتخاذ یک رفتار بهداشتی به شمار می‌رود؛ بنابراین برگزاری کلاس‌های مشاوره با خانم‌های باردار و همسرانشان و کلاس‌های آموزشی در زمینه عوارض و خطرات سزارین از سوی مراکز بهداشتی می‌تواند نویدبخش اثرات سودمندی باشد.

دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نمرات حساسیت و شدت درک‌شده زنان در روش‌های مختلف زایمان متفاوت می‌باشد. این نتایج با یافته‌های مطالعات شریفی‌راد و همکاران [۲۵]، Pakenham و همکاران [۲۶]، Fuglenes و همکاران [۲۷] و افشاری و غفاری [۱۰] هم‌راستا بود. گمان می‌رود حساسیت و همچنین خطر درک‌شده مادر از عوارض هر کدام از روش‌های زایمانی روی خود و نوزادش، می‌تواند بر انتخاب روش زایمان تأثیرگذار باشد. در پژوهش حاضر، نمره منافع درک‌شده در روش‌های مختلف انتخابی زایمان متفاوت بود، به‌عبارت دیگر میانگین نمره منافع درک‌شده در زنان گروه زایمان طبیعی بالاتر از زنان گروه زایمان سزارین بود. گفتنی است به‌دست آمدن چنین نتیجه‌ای دور از انتظار نبود؛ زیرا مادران با منافع درک‌شده بالاتر طبیعتاً زایمان طبیعی را انتخاب می‌کردند.

دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که موانع درک‌شده زنان گروه سزارین بیش از سایر گروه‌ها بود. در واقع زنان با قصد انجام عمل سزارین موانع بیشتری را برای انجام زایمان به روش طبیعی بر سر راه خود می‌دیدند. این نتایج با یافته‌های مطالعات افشاری و غفاری [۱۰]، مطالعه نگاهبان و همکاران [۲۸] و مطالعه باقری و همکاران [۲۹] که ترس از درد زایمان طبیعی

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی براساس انتخاب روش زایمان در زنان نخست‌زای شهر بندرعباس انجام شد. در این مطالعه مشاهده شد که بیش از یک سوم مادران باردار به روش سزارین زایمان کرده بودند که این میزان نشان‌دهنده بالابودن آمار سزارین در منطقه مورد بررسی از محدوده توصیه‌شده توسط سازمان (۱۵-۵ درصد) می‌باشد. نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعات محمد بیگی و همکاران در شهر شیراز [۱۷] و مطالعه فرزانه و جواهری در شهر اصفهان [۱۸] که میزان بالای عمل سزارین را نشان دادند هم‌راستا بود. بر خلاف پژوهش حاضر، نتایج مطالعه Chong و Mongelli در سنگاپور نشان داد تنها ۳/۷ درصد از زنان به روش سزارین زایمان کرده بودند [۱۹]. همچنین در مطالعه Graham و همکاران در اسکاتلند مشاهده شد که فقط ۷ درصد از زنان عمل سزارین انجام داده بودند [۲۰]. این اختلاف ممکن است به دلیل تفاوت‌های اجتماعی- فرهنگی، سیستم بهداشتی- درمانی، نگرش پزشکان و تفاوت در نحوه ارائه مراقبت‌های دوران بارداری باشد؛ بنابراین انجام مطالعاتی در زمینه شناسایی هرچه بیشتر عوامل تعیین‌کننده در انتخاب زایمان به روش سزارین ضروری به‌نظر می‌رسد.

براساس نتایج این پژوهش، بیشتر مادران آگاهی متوسط یا ضعیفی از فواید یا مضرات روش‌های زایمان داشتند که می‌توان عواملی از قبیل اولین تجربه زایمان و از طرفی کافی نبودن آموزش‌های مراکز بهداشتی برای دوران بارداری به مادران را در این مسأله دخیل دانست. در مطالعات انجام‌شده توسط یارندی و همکاران [۲۱]، شرقی و همکاران [۲۲]، غفاری و همکاران [۲۳] و افشاری و غفاری [۱۰] نمره آگاهی مادران در حد متوسط گزارش شده بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. فرامرز و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که آگاهی‌های به‌دست آمده زنان از بارداری حاصل تجربه زنان دیگر

افزایش خودکارآمدی از جمله توجه به برگزاری کلاس‌های آمادگی زایمان با محوریت کاهش ترس از زایمان طبیعی و فراهم‌نمودن امکانات زایمان بدون درد پیشنهاد می‌گردد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به توجه‌نکردن به نقش عوامل اجتماعی و بین فردی در قصد انتخاب روش زایمان در بین مادران باردار اشاره کرد. همچنین زیادبودن تعداد سؤالات پرسشنامه و مطالعه‌نداشتن زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز روستایی از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات حساسیت، شدت و منافع درک‌شده در زنان با قصد زایمان طبیعی بالاتر از زنان گروه سزارین و میانگین موانع درک‌شده در زنان با قصد زایمان طبیعی از زنان گروه سزارین پایین‌تر بود. در این بین، بیشتر مادران آگاهی متوسط و ضعیفی از عوارض عمل سزارین داشتند؛ بنابراین برگزاری مداوم کلاس‌های آموزشی درباره عوارض و خطرات عمل سزارین توسط مراکز بهداشتی در کنار مراقبت‌های دوران بارداری به‌منظور ارتقای دانش و اطلاعات برای انجام زایمان طبیعی، شناسایی موانعی که برای انتخاب زایمان طبیعی بر سر راه مادران قرار گرفته و اقدام برای برطرف کردن آن‌ها با هدف اعتماد هرچه بیشتر مادران جهت انجام زایمان طبیعی می‌تواند در کاهش عمل‌های سزارین غیرضروری مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان این مطالعه بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان به‌خاطر حمایت مالی و مراکز بهداشتی - درمانی شهر بندرعباس و مادران گرامی که نهایت همکاری را در اجرای این طرح داشتند تشکر و قدردانی ویژه نمایند.

REFERENCES

- Liu NH, Mazzoni A, Zamberlin N, Colomar M, Chang OH, Arnaud L, et al. Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. *Reprod Health*. 2013;10(1):2. PMID: 23317141 DOI: 10.1186/1742-4755-10-2
- Fathian Z, Sharifirad G. Effect of behavioral intention model-based education on cesarean reduction among pregnant women of Komeinishahr in 2005. [Master Thesis]. Isfahan: School of Health, Isfahan University of Medical Sciences; 2004. P. 39.
- Zamani-Alavijeh F, Shahry P, Kalthory M, Haghhighzadeh M, Sharifirad G, Khorsandi M. Identification of factors related to elective cesarean labor: a theory-based study. *Sci Res J Shahed Univ*. 2012;19(96):1-11. [Persian]
- Badakhsh MH, Seifoddin M, Khodakarami N, Gholami R, Moghimi S. Rise in cesarean section rate over a 30-year period in a public hospital in Tehran, Iran. *Arch Iran Med*. 2012;15(1):4-7. PMID: 22208435 DOI: 012151/AIM.004
- Kozhimannil KB, Law MR, Virnig BA. Cesarean delivery rates vary tenfold among US hospitals; reducing variation may address quality and cost issues. *Health Aff*. 2013;32(3):527-35. PMID: 23459732 DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1030
- Dadipoor S, Alavi A, Safari Moradabadi A. A survey of the growing trend of caesarian section in Iran and the world: a review article. *Iran J Obstet Gynecol Infert*. 2016;19(27):8-17. [Persian]
- Safari Moradabadi A, Alavi A, Eqbal Eftekhari T, Dadipoor S. The reproductive behavior of families with Thalassaemic children in Hormozgan. *J Reprod Infertil*. 2015;16(3):167-70. PMID: 26913236
- Ghasemi F. Investigating the abundance of saesarean section and its reason in Yazd in 2009. *SSU J*. 2012;20(2):229-36. [Persian]
- Safari Moradabadi A, Hassani L, Ghanbarnejad A, Madani A, Rajaei I, Dadipoor S. The effect of education on knowledge and preferred method of delivery in nulliparous women. *J Health Care*. 2014;16(1):74-83.
- Afshari A, Ghafari M. A survey on selection of delivery method by nulliparous pregnant women using health belief model in Semirom, Iran. 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2013;16(47-48):22-9. [Persian]
- Fenwick J, Hauck Y, Downie J, Butt J. The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery*. 2005;21(1):23-35. PMID: 15740814 DOI: 10.1016/j.midw.2004.07.001
- Mohammadpourasl A, Asgharian P, Rostami F, Azizi A, Akbari H. Investigating the choice of delivery method type

- and its related factors in pregnant women in Maragheh. *Knowl Health*. 2009;4(1):36-9. [Persian]
13. Dietz H, Lanzarone V, Simpson J. Predicting operative delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2006;27(4):409-15. PMID: 16565982 DOI: 10.1002/uog.2731
 14. Alidosti M, Sharifirad GR, Hemate Z, Delaram M, Najimi A, Tavassoli E. The effect of education based on health belief model of nutritional behaviors associated with gastric cancer in housewives of Isfahan city. *Daneshvar Med*. 2011;18(94):1-11. [Persian]
 15. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. New Jersey: John Wiley & Sons; 2008.
 16. Hassani L, Aghamolaei T, Ghanbarnejad A, Dadipoor S. The effect of an instructional program based on health belief model in decreasing cesarean rate among primiparous pregnant mothers. *J Educ Health Promot*. 2016;5:1. PMID: 27512693 DOI: 10.4103/2277-9531.184558
 17. Mohammad BA, Tabatabaee S, Mohammad SN, Yazdani M. Factors influencing cesarean delivery method in Shiraz hospitals. *Iran J Nurs*. 2009;21(56):37-45. [Persian]
 18. Farzan A, Javaheri S. Cesarean section and related factors in governmental and private hospitals of Isfahan. *Health Syst Res*. 2010;6(1):79-84. [Persian]
 19. Chong ES, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *Int J Gynecol Obstet*. 2003;80(2):189-94. PMID: 12566197
 20. Graham WJ, Hundley V, McCheyne AL, Hall MH, Gurney E, Milne J. An investigation of women's involvement in the decision to deliver by caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999;106(3):213-20. PMID: 10426639
 21. Yarandi F, Rezaee Z, Eftekhar Z, Saadat H, Ansari Jafari M. The knowledge and attitude of pregnant women about delivery methods in health centers in Tehran. *J Guilan Univ Med Sci*. 2002;11(42):15-20. [Persian]
 22. Sharghi A, Kamran A, Sharifirad G. Factors influencing delivery method selection in primiparous pregnant women referred to health centers in Ardabil, Iran. *Health Syst Res*. 2011;7(3):264-72. [Persian]
 23. Ghaffari M, Sharifirad G, Akbari Z, Khorsandi M, Hassanzadeh A. Health belief model-based education & reduction of cesarean among pregnant women: An interventional study. *Health Syst Res*. 2011;7(2):200-8. [Persian]
 24. Faramarzi M, Pasha H, Bakhtiari A. Knowledge and attitudes of women toward natural childbirth. *J Babol Univ Med Sci*. 2001;3(4):39-42. [Persian]
 25. Sharifirad GR, Fathian Z, Tirani M, Mahaki B. Study on Behavioral Intention Model (BIM) to the attitude of pregnant women toward normal delivery and cesarean section in province of Esfahan-Khomeiny shahr-2006. *J Ilam Univ Med Sci*. 2007;15(1):19-23. [Persian]
 26. Pakenham S, Chamberlain SM, Smith GN. Women's views on elective primary caesarean section. *J Obstet Gynaecol Can*. 2006;28(12):1089-94. PMID: 17169232 DOI: 10.1016/S1701-2163(16)32335-0
 27. Fuglenes D, Øian P, Kristiansen IS. Obstetricians' choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation? *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(1):48. e1-8. PMID: 18973870 DOI: 10.1016/j.ajog.2008.07.021
 28. Negahban T, Ansari Jabetri A, Kazemi M. Preference method of delivery and its relevant causes in view of pregnant women referring to public and private clinics in Rafsanjan city. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2006;5(3):161-8. [Persian]
 29. Bagheri A, Masoodi-Alavi N, Abbaszade F. Effective factors for choosing the delivery method among the pregnant women in Kashan. *Feyz J Kashan Univ Med Sci*. 2012;16(2):150-2. [Persian]
 30. Khorsandi M, Ghofranipour F, Heydarnia A, Faghihzade S, Akbarzade A, Vafaei M. Survey of perceived self-efficacy in pregnant women. *J Med Council Islam Republic Iran*. 2008;26(1):89-95. [Persian]
 31. Dilks FM, Beal JA. Role of self-efficacy in birth choice. *J Perinat Neonat Nurs*. 1997;11(1):1-9. PMID: 9214946
 32. Ridley RT, Davis PA, Bright JH, Sinclair D. What influences a woman to choose vaginal birth after cesarean? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002;31(6):665-72. PMID: 12465862