

اثر بخشی برنامه آموزشی مبتنی بر تئوری عمل منطقی در انتخاب نوع زایمان در بین زنان باردار شهرستان فسا

علی خانی جیحونی^{۱*}، فاطمه شهیدی^۲، سیدمنصور کشفی^۳

^۱ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی و پرستاری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.

^۲ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی و پرستاری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.

^۳ پزشک عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی و گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۲/۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۲۵

چکیده

مقدمه: سزارین از جمله اعمال جراحی بزرگ محسوب می‌شود و مانند سایر اعمال جراحی بزرگ با عوارضی همراه است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری عمل منطقی در انتخاب نوع زایمان در بین زنان باردار انجام شد. **مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر یک مداخله نیمه تجربی بود که بر روی ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر گروه مداخله و ۵۰ نفر گروه کنترل) از زنان باردار شکم اول تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری شهرستان فسا انجام شد. داده‌ها از طریق پرسشنامه مشتمل بر دو بخش سازه‌های تئوری عمل منطقی و اطلاعات جمعیت شناختی جمع‌آوری گردید. پس از انجام پیش‌آزمون، آموزش اختصاصی بر اساس تئوری عمل منطقی ارائه شد و سه ماه پس از انجام آموزش‌ها، پس‌آزمون در هر دو گروه انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-18 و آزمون‌های تی‌زوجی، تی‌مستقل و کای اسکور و آزمون دقیق فیشر استفاده گردید. **یافته‌ها:** نتایج حاصله از این مطالعه تفاوت معنی‌داری را در زمینه آگاهی، ارزشیابی نتایج رفتار، باورهای رفتاری و قصد بعد از مداخله بین گروه مداخله و کنترل نشان داد ($P < 0/001$) و همچنین آزمون کای اسکور تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه از نظر عملکرد نشان داد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش چنین استنباط می‌شود که مداخله حاضر در افزایش میزان آگاهی، ارزشیابی نتایج رفتار، باورهای رفتاری و تقویت قصد زنان باردار و عملکرد آنان مؤثر بوده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود از این الگو و سایر آموزش‌های نظاممند در زنان باردار جهت کاهش میزان سزارین استفاده گردد.

واژگان کلیدی: زنان باردار، سزارین، قصد، نگرش

مقدمه

طبیعی است و سزارین صورت می‌گیرد شامل: تنگی لگن مادر یا بزرگی بیش‌از‌حد جنین (مادران دیابتی)، موقعیت غیرطبیعی جنین در رحم، کاهش یا تغییر در ضربان قلب جنین، طولانی شدن زمان زایمان، بروز خونریزی شدید، مسمومیت‌های شدید حاملگی، پارگی کیسه آب، عدم شروع دردهای زایمانی و هرگونه اختلال در پیشرفت طبیعی زایمان است (۳). طی سالیان گذشته، شیوع زایمان به طریق سزارین در کل

بر اساس دستورالعمل‌ها انجام عمل سزارین به مواردی محدود می‌شود که زایمان از راه مسیر طبیعی میسر نباشد، یا با مخاطره‌های جدی برای مادر و جنین همراه باشد (۱). امروزه سزارین به‌عنوان شایع‌ترین عمل جراحی مامایی در سراسر دنیا محسوب می‌شود. انجام این عمل در شرایط و با علل خاص خود، باعث نجات جان بسیاری از مادران و نوزادان می‌گردد (۲). شرایطی که مانع زایمان

* نویسنده مسئول: علی خانی جیحونی، کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی و پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران
تلفن: ۰۷۳۱-۲۲۲۰۹۹۴ ایمیل: Khani_1512@yahoo.com

کمیته فدراسیون بین‌المللی زنان و مامایی در مورد جنبه‌های اخلاقی باروری انسان اعلام نموده است که انجام سزارین بدون دلایل پزشکی غیراخلاقی است (۱۲). همچنین سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که در هیچ منطقه‌ای از جهان، منطقی نیست که میزان سزارین بیش از ۱۵-۱۰ درصد باشد (۱۳). آمار دریافتی از مراکز بهداشت شهرستان‌های تابع استان فارس نشان می‌دهد که به‌طور کلی ۴۱/۴ درصد زایمان‌های صورت گرفته در استان فارس، به‌صورت سزارین بوده است (۱۴).

نتایج مطالعه توسلی نشان داد که آموزش به مادران و ایجاد آمادگی روحی و روانی در آنها برای انجام زایمان طبیعی، موجب کاهش سزارین به میزان ۱۵ درصد شد. آمار و ارقام بالای سزارین در کشور، فاصله ما با سازمان جهانی بهداشت (انجام سزارین به میزان ۱۵ درصد تا سال ۲۰۱۰) و تأثیر انجام مداخلات در کاهش میزان سزارین، نشان‌دهنده لزوم انجام مداخلات جدی‌تر در این زمینه می‌باشد. به‌طور تجربی ثابت‌شده چنانچه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به‌اندازه کافی به‌وسیله آموزش بهداشت پشتیبانی نشود سودمند نخواهد بود (۱۵).

آموزش بهداشت سبب ارتقاء آگاهی‌های مادر طی دوران بارداری می‌شود تا با آگاهی کامل روش مناسبی را برای زایمان خود انتخاب کرده و بدون علل بالینی سزارین را انتخاب نکند. در آموزش بهداشت هرچقدر پشتیبانان تئوریک مناسب به همراه نیازهای اساسی بهداشتی وجود داشته باشد اثربخشی برنامه‌های آموزش بیشتر خواهد بود و در این زمینه استفاده از تئوری‌های آموزشی متناسب با جامعه مورد مطالعه و نتایج مورد انتظار می‌تواند بسیار مفید واقع شود (۱۵).

بر اساس مطالعات انجام شده، تئوری عمل منطقی یکی از بهترین مدل‌ها و تئوری‌هایی است که در ارتباط با نگرش و رفتارهای باروری می‌باشد (۱۶). این الگو بر مبنای یک تئوری روان‌شناختی پایه‌گذاری گردیده است. مفروضات این تئوری این است که اولاً افراد تصمیم‌هایشان را بر پایه بررسی معقول و منطقی اطلاعات در دسترس اتخاذ

دنیا رو به افزایش بوده است و در کشورمان ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست (۴). این در حالی است که سزارین از جمله اعمال جراحی بزرگ محسوب می‌شود و مانند سایر اعمال جراحی بزرگ با عوارضی همراه است که گاه این عوارض بسیار خطرناک هستند و به‌ندرت کشنده می‌باشند (۵). عوارض متعاقب سزارین بسیار بیشتر از زایمان طبیعی است، بعضی از این عوارض عبارتند از: عفونت رحمی، تب، عفونت شدید زخم و مرگ سلولی جدار شکم، عفونت شکمی، خونریزی، عوارض بیهوشی، آسیب دستگاه ادراری در جریان سزارین، تشکیل لخته خون در پاها، افزایش مرگ‌ومیر مادران و هزینه بالاتر از زایمان طبیعی (۶،۷).

آمار سال‌های اخیر حاکی از آن است که میزان سزارین انتخابی در سراسر جهان رو به افزایش است و حتی اغلب به‌عنوان روش طبیعی تلقی می‌شود. در آمریکا میزان سزارین در سال ۲۰۰۳ به حدود ۲۷/۶ رسید، در حالی که این رقم در سال ۱۹۶۸ فقط ۴/۸ بوده است (۸). در ایتالیا میزان سزارین از ۱۰/۲ درصد در سال ۱۹۸۰ به ۳۳/۲ درصد در سال ۲۰۰۰ رسیده است. در انگلستان آمار سزارین از ۱۳/۸ درصد در سال ۱۹۹۲ به ۱۷ درصد در سال ۱۹۹۷ و در ترکیه در طی ۱۰ سال اخیر از ۵/۷ درصد به ۲۰/۸ درصد رسیده است. این آمار در بسیاری کشورها تا ۳۰ درصد نیز گزارش شده است. تا آنجا که به نظر می‌رسد سزارین به‌صورت اپیدمی درآمده است. افزایش قابل‌توجه میزان سزارین در سراسر دنیا، این مسئله را به‌عنوان یکی از معضلات مهم سیستم‌های بهداشتی مطرح می‌سازد (۹). در سال‌های اخیر در بیمارستان‌های ایران تعداد زایمان با عمل سزارین رو به افزایش گذاشته است. در تحقیق شریعت و همکاران، میزان سزارین در سطح شهر تهران، ۶۶/۵ درصد گزارش شده است (۱۰). بر اساس گزارش Integration Monitoring Evaluation (IMES) Survey در سال ۱۳۸۴، میزان سزارین در کشور ۴۰/۶ درصد گزارش شده است (۱۱). در حال حاضر، آمار غیررسمی از برخی از بیمارستان‌های خصوصی حاکی از میزان سزارین بالای ۹۰ درصد است (۱۰).

می‌کنند و ثانیاً پیامد و نتایج عملکرد خود را قبل از اتخاذ تصمیم مورد توجه قرار می‌دهند (۱۷). بر اساس تئوری عمل منطقی، مهم‌ترین تعیین‌کننده رفتار فرد، قصد رفتاری است. فیشبین و آزن قصد را قضاوت احتمالی فرد از نوع رفتار مورد نظر بیان کرده‌اند. قصد فرد برای انجام یک رفتار ترکیبی از نگرش نسبت به رفتار و هنجارهای انتزاعی است. نگرش نسبت به رفتار شامل عقاید فرد و ارزیابی از نتایج رفتار می‌باشد و هنجارهای انتزاعی نیز شامل اعتقادات نرمی (اعتقادات شکل گرفته در فرد و خانواده) و انگیزه برای اطاعت است (۱۷).

در این پژوهش با توجه به اینکه در انتخاب نوع زایمان غیر از عوامل فردی نظیر آگاهی، ارزیابی از نتایج و نگرش، تعیین‌کننده‌های اجتماعی نظیر اعتقادات نرمی و فشارهای اجتماعی نیز مؤثر است و قصد مادر برای انجام زایمان مهم‌ترین عامل به حساب می‌آید، لذا تئوری عمل منطقی برای کاهش میزان سزارین در زنان باردار شهرستان فسا انتخاب شده است. آمار موجود در ایران و در استان فارس و به‌خصوص در شهرستان فسا حاکی از بالا بودن میزان سزارین است و لزوم انجام مداخلاتی جهت کاهش میزان سزارین به‌طور کامل محسوب می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف کاهش میزان سزارین در بین زنان باردار شهرستان فسا انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی بود که در سال ۱۳۹۰ در بین زنان باردار شکم اول تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر فسا انجام شد. روش نمونه‌گیری در این مطالعه دومرحله‌ای تصادفی ساده بود، بدین ترتیب که چهار مرکز بهداشتی درمانی شهری به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل انتساب یافتند و با بررسی پرونده‌های مادران باردار لیست مادرانی که در سه‌ماهه سوم بارداری بودند، در هر گروه مشخص گردید و با در نظر گرفتن سهمیه هر مرکز مجموعاً ۱۰۰ زن باردار (۵۰ نفر گروه مداخله و ۵۰ نفر گروه کنترل) به‌صورت تصادفی ساده انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای خروج از پژوهش عبارت از داشتن سابقه فشارخون بالا،

دیابت، سابقه سقط، لگن کوچک، تشخیص حاملگی چندقلوایی، دیابت حاملگی و مسمومیت حاملگی بودند. مطالعه حاضر مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی فسا بوده و پژوهشگر با ارائه معرفی‌نامه رسمی از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش معرفی گردید. به افراد شرکت‌کننده در مطالعه در خصوص بدون نام بودن پرسشنامه‌ها و محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها اطمینان خاطر داده شد و مشارکت‌کنندگان در این پژوهش داوطلبانه و با کسب رضایت‌نامه کتبی وارد مطالعه شدند.

در این مطالعه، ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه کتبی بود که به روش خودگزارش‌دهی توسط شرکت‌کنندگان گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی تکمیل گردید. پرسشنامه طراحی شده بر مبنای متغیرهای تئوری عمل منطقی و مشتمل بر سه بخش زیر بود. بخش اول شامل متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل؛ سن، سن همسر، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات همسر، میزان درآمد خانوار، سن حاملگی و تاریخ احتمالی زایمان بود. آگاهی از مزایا و معایب زایمان طبیعی و سزارین به‌عنوان بخش دوم مطالعه، در قالب ۱۰ سؤال با مقیاس سه‌گزینه‌ای (بلی، خیر، نمی‌دانم) بود که برای هر جواب درست نمره یک و برای هر جواب غلط و یا نمی‌دانم نمره صفر در نظر گرفته شده و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده آگاهی بیشتر از مزایای زایمان طبیعی نسبت به زایمان سزارین بود.

بخش سوم پرسشنامه شامل سؤالات متغیرهای تئوری عمل منطقی بود که باورهای رفتاری نسبت به انجام زایمان طبیعی و ارزشیابی نتایج رفتار به ترتیب با ۱۵ و ۱۰ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای ۱ (خیلی مخالفم) تا ۵ (خیلی موافقم) ارزیابی گردید و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده باورهای رفتاری مثبت و ارزشیابی نتایج رفتاری بهتر نسبت به انجام زایمان طبیعی بود. سؤالات مربوط به باورهای هنجاری و انگیزه اطاعت از فرد در مورد اینکه چه کسانی در انتخاب نوع زایمان زنان مؤثرند و قسمت دوم اینکه نظر کدام‌یک از این افراد برای آن‌ها

گرفت. جهت مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش و هنجارهای انتزاعی قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه از آزمون تی زوجی و جهت مقایسه میانگین نمرات این سازه‌ها بین دو گروه بعد از انجام مداخله از آزمون تی مستقل استفاده شد. جهت مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی بین دو گروه و همچنین فراوانی نسبی سزارین (رفتار) و قصد رفتاری بین دو گروه از آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. سطح معنی داری برای همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

محدوده سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه بین ۱۶ تا ۳۰ سال با میانگین $24/1 \pm 2/3$ بود و بیشترین افراد (۷۱ درصد) در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال قرار داشتند. جدول شماره ۱ به بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه پرداخته است. نتیجه آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر نشان داد که تفاوت معنی داری از نظر سن، سطح تحصیلات، تحصیلات همسر، میزان

مهم‌تر بوده است هر کدام با ۵ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای ۱ (خیلی مخالفم) تا ۵ (خیلی موافقم) اندازه‌گیری شد. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده وجود هنجارهای انتزاعی ترغیب‌کننده انجام زایمان طبیعی بود. قصد رفتاری با هدف ارزشیابی قصد فرد برای انتخاب نوع زایمانش با یک سؤال چهارگزینه‌ای (احتمالاً سزارین، قطعاً سزارین، احتمالاً طبیعی و قطعاً طبیعی) مورد بررسی قرار گرفت. ارزشیابی و تأیید اعتبار محتوا و ساختار پرسشنامه از طریق استفاده از نظرات ۱۰ نفر از متخصصین آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت انجام شد. پایایی سؤالات پرسشنامه در قالب مطالعه مقدماتی بر روی یک گروه ۳۰ نفری از زنان باردار دیگر مورد ارزیابی قرار گرفت. میزان ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) سؤالات برای باورهای رفتاری ۰/۹۲، ارزشیابی نتایج رفتار ۰/۸۵، باورهای هنجاری ۰/۸۱ و انگیزه اطاعت از فرد برابر با ۰/۸۹ به دست آمد.

پس از انتخاب گروه مداخله و کنترل و انجام پیش‌آزمون از هر دو گروه، گروه کنترل آموزش‌های معمول را از مراکز بهداشتی درمانی دریافت نمودند و در گروه مداخله نیز آموزش بر اساس اجزاء تئوری عمل منطقی طی سه جلسه آموزشی برای زنان باردار به همراه مادر و یکی از دوستانش انجام شد، یک جلسه سخنرانی جهت ارتقاء آگاهی، یک جلسه بحث عمومی جهت تغییر نگرش و یک جلسه در ماه آخر جهت تأکید بر نگرش و قصد زنان نسبت به زایمان طبیعی برگزار شد و فیلم دو نوع زایمان طبیعی و سزارین به شرکت‌کنندگان نمایش داده شد و یک جلسه نیز برای شوهران زنان باردار توسط متخصصان زنان و زایمان و کارشناسان شناخته‌شده شهرستان (جهت تأثیر بر نرم‌های انتزاعی) برگزار شد و در نهایت پرسشنامه‌های پس‌آزمون در هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل گردید. سه ماه پس از انجام آموزش‌ها نتیجه زایمان‌ها در دو گروه از طریق بررسی پرونده‌های بهداشتی موجود در مراکز بهداشتی درمانی جمع‌آوری شد.

اطلاعات پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار

جدول شماره ۱- مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله (N=۵۰)		گروه کنترل (N=۵۰)	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
سن (به سال)				
زیر ۲۰	۱۳ (۲۶)	۱۶ (۳۲)		
۲۰ تا ۳۰	۳۷ (۷۴)	۳۴ (۶۸)		
تحصیلات				
ابتدایی	۵ (۱۰)	۴ (۸)		
راهنمایی	۱۱ (۲۲)	۱۳ (۲۶)		
دیپلم	۳۱ (۶۲)	۳۰ (۶۰)		
دانشگاهی	۳ (۶)	۳ (۶)		
تحصیلات همسر				
ابتدایی	۲ (۴)	—		
راهنمایی	۱۳ (۲۶)	۱۹ (۳۸)		
دیپلم	۳۱ (۶۲)	۲۶ (۵۲)		
دانشگاهی	۴ (۸)	۵ (۱۰)		
اشتغال				
شاغل	۶ (۱۲)	۸ (۱۶)		
خانه‌دار	۴۴ (۸۸)	۴۲ (۸۴)		
میزان درآمد				
خوب	۴ (۸)	۱۱ (۱۸)		
متوسط	۳۱ (۶۲)	۲۴ (۴۸)		
ضعیف	۱۵ (۳۰)	۱۵ (۳۰)		

* نتایج مربوط به آزمون دقیق فیشر (Fisher Exact Test) می‌باشد

گروه کنترل و ۵۶ درصد از گروه مداخله، از پزشک بیش از سایر نرم‌ها بود.

در جدول شماره ۳ مقایسه قصد انجام زایمان قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل با استفاده از آزمون دقیق فیشر ارائه شده است. با توجه به یافته‌ها تعداد افراد با قصد قطعی انجام زایمان طبیعی در گروه مداخله از ۱۳ نفر به ۳۵ نفر افزایش یافته بود که از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=0/001$) و در گروه کنترل قصد قطعی انجام زایمان طبیعی از ۱۷ نفر به ۱۹ نفر افزایش یافته بود و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0/188$). باین حال در این گروه زنان باردار با قصد قطعی انجام سزارین از ۲ نفر (۴ درصد) به ۱۷ نفر (۳۴ درصد) بعد از مداخله افزایش یافته بود.

در نهایت طبق نتایج آزمون کای اسکوئر، عملکرد زنان پس از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری داشت ($P=0/001$). در این مطالعه، ۹۰ درصد (۴۵ نفر) از زنان باردار گروه مداخله زایمان به روش طبیعی انجام داده بودند، در حالی که در زنان گروه کنترل این میزان ۶۰ درصد (۳۰ نفر) گزارش شده بود.

درآمد و وضعیت اشتغال بین دو گروه مداخله و کنترل وجود ندارد. همچنین مقایسه نمرات سازه‌های تئوری عمل منطقی نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله وجود نداشت ($P>0/05$).

میانگین نمرات آگاهی و سازه‌های تئوری عمل منطقی قبل و بعد از مداخله آموزشی در بین دو گروه مداخله و کنترل در جدول شماره ۲ مقایسه شده است، طبق یافته‌ها میانگین نمرات آگاهی، باورهای رفتاری و ارزشیابی نتایج رفتار بعد از مداخله بین دو گروه اختلاف معنی‌داری داشته است ($P<0/001$). به عبارتی قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری در نمرات هیچ‌یک از سازه‌ها بین دو گروه وجود نداشت ولیکن بعد از مداخله میانگین نمرات آگاهی، باورهای رفتاری و ارزشیابی نتایج رفتار بین دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌دار داشت که حاکی از تأثیر اجرای مداخله آموزشی در بین گروه مداخله می‌باشد.

همچنین در رابطه با هنجارهای انتزاعی، ۶۰ درصد مادران در گروه کنترل و ۵۰ درصد مادران در گروه مداخله، پزشک را به‌عنوان مهم‌ترین منبع گرفتن اطلاعات زایمانی اعلام کرده بودند و انگیزه برای اطاعت نیز در ۵۳ درصد

جدول شماره ۲- مقایسه آگاهی و سازه‌های تئوری عمل منطقی بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی

متغیرها	قبل	گروه کنترل (n=50)		گروه مداخله (n=50)	
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
آگاهی	قبل	۵/۵۷ ± ۱/۹	۵/۴۱ ± ۱/۹	۰/۰۸۸	معنی‌داری
	بعد	۵/۶۳ ± ۲/۲	۹/۱۱ ± ۱/۳	۰/۰۰۱	
باورهای رفتاری	قبل	۵۵/۲۲ ± ۱۲/۸	۵۴/۹۹ ± ۱۲/۷	۰/۳۱۲	
	بعد	۵۲/۵۱ ± ۱۶/۲	۷۴/۱۱ ± ۹/۶	۰/۰۰۱	
ارزشیابی نتایج رفتار	قبل	۲۱/۶۴ ± ۴/۲	۲۰/۴۵ ± ۴/۱	۰/۸۹۹	
	بعد	۲۱/۲۲ ± ۴/۱	۲۸/۳۲ ± ۳/۳	۰/۰۰۱	
باورهای هنجاری	قبل	۹/۶۶ ± ۱/۶	۹/۸۰ ± ۲/۱	۰/۴۱۳	
	بعد	۱۰/۱۷ ± ۱/۵	۱۰/۶۵ ± ۱/۱	۰/۰۶۵	
انگیزه اطاعت از فرد	قبل	۱۴/۷۲ ± ۰/۹	۱۴/۵۱ ± ۱/۶	۰/۴۳۸	
	بعد	۱۴/۹۹ ± ۱/۱	۱۵/۲۵ ± ۱/۱	۰/۳۵۸	

جدول شماره ۳- جدول توزیع فراوانی قصد برای انجام زایمان قبل و بعد از مداخله آموزشی بین گروه مداخله و کنترل

قصد انجام سزارین	احتمالاً طبیعی		احتمالاً سزارین		معنی‌داری
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
قبل از مداخله	۲۴ (۴۸)	۱۱ (۲۲)	۱۳ (۲۶)	۲ (۴)	*۰/۸۸۴
گروه کنترل	۲۱ (۴۲)	۱۰ (۲۰)	۱۷ (۳۴)	۲ (۴)	
بعد از مداخله	۱۳ (۲۶)	۱ (۲)	۳۵ (۷۰)	۱ (۲)	*۰/۰۰۱
گروه کنترل	۷ (۱۴)	۷ (۱۴)	۱۹ (۳۸)	۱۷ (۳۴)	

* نتایج مربوط به آزمون دقیق فیشر (Fisher Exact Test) می‌باشد

بحث

طبق نتایج به دست آمده قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی داری بین گروه مداخله و کنترل در زمینه آگاهی، ارزشیابی از نتایج رفتار، باورهای رفتاری، قصد رفتاری و عملکرد مشاهده شد که تأثیر عملکرد این نوع آموزش در کاهش میزان سزارین را نشان داد. براساس نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر بین سن، میزان تحصیلات، میزان آگاهی، ارزشیابی از نتایج رفتار، باورهای رفتاری، قصد و عملکرد رابطه آماری معنی داری مشاهده نشد، در حالی که در تحقیق توسلی بین سن و تحصیلات مادر با نوع زایمان رابطه معنی داری وجود داشت (۱۵). در تحقیق Cai نیز بین افزایش سزارین و سن مادر ارتباط معنی داری وجود داشت (۱۸). در تحقیق علی محمدیان نیز رابطه آماری معنی داری بین سطح سواد مادر در گروه درخواست کننده سزارین انتخابی در مقایسه با گروه غیر درخواست کننده به دست آمد (۱۹).

بین میانگین نمره آگاهی گروه مداخله و کنترل، قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی داری وجود داشت و بعد از مداخله، میانگین نمره آگاهی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنی داری داشته است. در پژوهشی که توسط عمیدی و اکبرزاده به منظور بررسی تأثیر آموزش بر آگاهی و نگرش زنان باردار در زمینه سزارین انجام شده است، قبل از مداخله، اختلاف معنی داری میان آگاهی و نگرش گروه مداخله و کنترل وجود نداشت، اما بعد از آموزش یافته‌هایی مشابه مطالعه حاضر حاصل شده است (۲). یافته‌های پژوهشی توسلی و همکاران در خصوص افزایش آگاهی بعد از مداخله آموزشی که به منظور تأثیر آموزش در کاهش سزارین انتخابی در خانم‌های باردار انجام شد، نیز با نتایج مطالعه حاضر مشابهت و همخوانی دارد (۱۵). همچنین از تحقیقات مشابه و هم سوی دیگر در این زمینه می‌توان به مطالعات رحیمی کیان و همکاران (۲۰)، گنجی و همکاران (۲۱)، قبا و همکاران (۲۲) و فتحیان و شرفی‌راد (۵) اشاره نمود. در همین راستا، Lagrew و Morgan در پژوهش خود با عنوان کاهش سزارین در بیمارستان خصوصی آمریکا به نتایجی مطابق با تحقیق

حاضر دست یافتند، در مطالعه آن‌ها افزایش آگاهی زنان باردار، بعد از مداخله آموزشی مشاهده گردید (۲۳). می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که برنامه آموزش بر اساس تئوری عمل منطقی در گروه مداخله، در افزایش آگاهی مادران باردار تأثیر قابل ملاحظه‌ای داشته است که این یافته با توجه به انجام مداخله آموزشی مورد انتظار بود.

براساس تئوری انتظار ارزش، ارزشیابی نتایج رفتار در واقع قضاوت خود شخص نسبت به رفتاری است که قصد انجام آن را دارد. در مطالعه حاضر ارزشیابی از نتایج رفتار مادران باردار در گروه مداخله نسبت به زایمان طبیعی قبل و بعد از انجام مداخله و همچنین بین گروه مداخله و کنترل بعد از انجام مداخله تفاوت معنی داری را نشان داد که این موضوع نیز تأثیر آموزش در ارزیابی مثبت از زایمان طبیعی در گروه مداخله را نشان می‌دهد. در تحقیق توسلی نیز نظر مادران باردار در خصوص ارزشیابی مثبت از نتایج زایمان طبیعی قبل و بعد از انجام مداخله تفاوت معنی داری را نشان داد (۱۵).

در مورد باورهای رفتاری مادران باردار نسبت به زایمان طبیعی قبل و بعد از انجام مداخله در گروه مداخله و بعد از انجام مداخله بین گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری را نشان داد و همچنین رابطه آماری معنی داری نیز بین میانگین نمره آگاهی و ارزشیابی از نتایج و باورهای رفتاری مشاهده شد که این موضوع علاوه بر نشان دادن تأثیر آموزش بر اساس تئوری عمل منطقی در ارتقاء نگرش زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی رابطه بین اجزاء مدل را نیز نشان می‌دهد.

هدف از هنجارهای انتزاعی در مطالعه حاضر شناخت افراد مورد اعتبار و تأثیرگذار در قصد زنان باردار در انتخاب روش زایمان مؤثر بود، بنابراین اعتقادات نرمی و انگیزه برای اطاعت به عنوان دو عامل اصلی مؤثر بر هنجارهای انتزاعی مورد بررسی قرار گرفت. در تحقیق حاضر در پاسخ به این سؤال که شما در گرفتن اطلاعات برای زایمان از چه کسانی (و یا چه منابعی) استفاده می‌کنید، ۵۰ درصد مادران در گروه مداخله و ۶۰ درصد مادران در گروه کنترل

پزشک را به عنوان منبع کسب اطلاعات خود معرفی کردند و در رتبه‌های بعدی مادر، شوهر، دوستان و کتاب قرار داشتند. همچنین در زمینه انگیزه برای اطاعت در پاسخ به این سؤال که نظر کدام یک از این افراد برای انتخاب نوع زایمان برای شما اهمیت بیشتری دارد نیز از همین ترتیب پیروی کردند.

بر اساس یافته‌ها، مهم‌ترین نرم‌ها برای زنان باردار در درجه اول پزشک و بعد مادر، شوهر و دوستان بودند و انگیزه برای اطاعت نیز از همین روال تبعیت می‌کرد. در مطالعه‌ای از فرجی ۷۰ درصد زنان پزشک را عامل تعیین روش زایمان دانستند. یعنی نگرش پزشک در انتخاب روش زایمانی بسیار تأثیرگذار است (۲۴). طبق گزارش Signorellie از ایتالیا روش کار پزشک، عامل مهمی در شیوع سزارین است (۲۵). در تحقیق دیگری از Porreco ۶۴ درصد زنان نقش همسر را در انتخاب روش زایمانی مؤثر دانستند در حالی که در تحقیق مشابه در استرالیا ۸/۸ درصد زنان این عقیده را داشتند (۲۶). می‌توان گفت این تفاوت زیاد ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی جوامع است. در هر حال میزان دخالت پزشک در افزایش میزان سزارین طی سال‌های گذشته به حدی بوده است که برخی محققین، مهم‌ترین علت در تصمیم به انجام سزارین را به جای شرایط زایمانی بیمار، قضاوت پزشک و شرایط محیطی حاکم بر وی دانسته‌اند. همچنین فرهنگ تغییر یافته برخی جوامع (۲۷) و اصرار بیمار و خانواده وی نیز در اتخاذ تصمیم پزشک در انجام سزارین بی‌تأثیر نبوده و از علل افزایش میزان سزارین می‌باشد.

در زمینه قصد رفتاری، در مطالعه حاضر قصد مادران برای انجام زایمان طبیعی قبل و بعد از انجام مداخله در گروه مداخله و بعد از انجام مداخله بین دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان داد که این موضوع نیز علاوه بر نشان دادن تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری عمل منطقی در تغییر قصد مادران باردار به سمت زایمان طبیعی، ارتباط بین اجزاء مدل را نیز مورد تأیید قرار داد. در مطالعه میری نیز تحت عنوان بررسی دیدگاه‌های مردان عشایر نسبت به تنظیم خانواده، در مقایسه نسبت قصد رفتاری مردان

عشایر گروه آزمون با گروه شاهد اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد (۲۸).

اما در مورد آخرین جزء تئوری عمل منطقی یعنی رفتار، تفاوت بین گروه کنترل و مداخله در زمینه زایمان طبیعی کاملاً معنی‌دار است و این موضوع تأثیر تئوری عمل منطقی در کاهش میزان سزارین را در این مطالعه نشان می‌دهد. در مطالعه فتحیان و شریفی راد و نیز قبا و همکاران نیز یافته‌هایی مشابه با این نتیجه به دست آمد (۲۲، ۵). مطالعاتی که توسط Ryding (۲۹) و Saisto (۳۰) انجام شدند، به نتیجه‌ای مطابق و همسو با نتیجه مطالعه حاضر در زمینه افزایش قصد برای انتخاب زایمان طبیعی دست یافتند. مشکلات ناشی از هماهنگی زنان باردار و همسران آن‌ها جهت شرکت در کلاس‌ها، هماهنگی با مرکز بهداشت شهرستان جهت برگزاری کلاس‌ها و نقش تأثیرگذار متخصصین زنان و زایمان در افزایش شیوع سزارین مخصوصاً در زنان باردار شکم اول از جمله محدودیت‌ها و مشکلات مطالعه حاضر بود.

نتیجه‌گیری

در نهایت با توجه به تأثیر آموزش بر اساس تئوری عمل منطقی در کاهش میزان سزارین، توصیه می‌شود از این الگو و سایر آموزش‌های نظامند که علاوه بر عوامل فردی، تعیین‌کننده‌های اجتماعی نیز نقش دارند، استفاده شود. آموزش به همسران و مادران زنان باردار در آموزش‌ها و بحث‌های گروهی نیز قویاً توصیه می‌گردد. همچنین نقش سایر فاکتورهای تأثیرگذار بر کاهش میزان سزارین از جمله نقش حرکات ورزشی، نقش محیط بیمارستان و پزشک بر کاهش میزان سزارین نیز قابل بررسی است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۲۴۴۲۱ می‌باشد که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرستان فسا انجام گردید و بدین‌وسیله از ایشان قدردانی می‌شود. همچنین از کلیه زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه و کارکنان شبکه بهداشت و درمان

نویسندگان مقاله با نتایج این تحقیق ارتباطی نداشته است.

شهرستان فسا به خاطر همکاری با تیم تحقیق و زحمات بی دریغشان تشکر و قدردانی می شود. منافع شخصی

References

1. Shahraki-Sanavi F, Rakhshani F, Ansari-Moghaddam A, Edalatian M. Reasons for Elective Cesarean Section amongst Pregnant Women; A Qualitative Study. *J Reprod Infertil*.2012; **13**(4): 237-40.
2. Amidy M, Akbarzadeh K. [Effect of education on knowledge and attitude of pregnant women about cesarean]. *Journal of Ilam University of Medical Science*.2005; **13**(4):17-26. (Persian)
3. Sharifirad GR, Rezaeian M, Soltani R, Javaheri S, Amidi-Mazaheri M. A survey on the effects of husbands' education of pregnant women on knowledge, attitude, and reducing elective cesarean section. *J Educ Health Promot*.2013; **2**:50.
4. Tabandeh A, Kashani E. [The prevalence of cesarean among employed educated women of medical science groups in Gorgan (2005)]. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*.2007; **9**(2):67-70. (Persian)
5. 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 Journal of Research in Medical Sciences*.2007; **9**(4):123-31. (Persian)
6. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-hill Publication; 2011: 509-31.
7. Rezakhani-Moghaddam H, Shojaeizadeh D, Taghdisi MH, Hamidzadeh Y, Savadpour MT. [The effect of education by community health volunteers on choice of delivery kind in pregnant women based on the Behavioral Intention Model (BIM)]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*.2012; **10**(3):27-40. (Persian)
8. Ghaffari M, Sharifirad GR, Akbari Z, Khorsandi M, Hassanzadeh A. [Health Belief Model-based education & reduction of cesarean among pregnant women: An interventional study]. *Health System Research Journal*.2011; **7**(2):200-8. (Persian)
9. Koc I. Increased cesarean section rates in Turkey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*.2003; **8**(1):1-10.
10. Shareat M, Majlesi F, Azarei S, Mahmmodi M. [Cesarean rate and factors that influence it in maternities of Tehran]. *Payesh*.2002; **1**(3):5-10. (Persian)
11. Iran Ministry of Health, Family health office. New system of evaluating and monitoring fertility health program, 2005. <http://www.behdasht.gov.ir/>. (Accessed September 2009)
12. Devendra K, Arulkumaran S. Should doctors perform an elective caesarean section on request?. *Ann Acad Med Singapore*.2003; **32**(5):577-81.
13. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva: World Health Organization; 2003. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/en/. (Accessed June 2014)
14. Shiraz University of Medical Sciences, Family Health Unit. Primary results of maternal program indexes, 2011. <http://www.dchq.ir/html/modules.php/>. (Accessed September 2013)
15. Tavassoli M, Heydarnia AR. [Investigation of the effect of education on reducing the rate of elective caesarean delivery in pregnant women]. (MSc, health education dissertation), Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, 2001. (Persian)
16. Gutman Y, Tabak N. The intention of delivery room staff to encourage the presence of husbands/partners at cesarean sections. *Nurs Res Pract*.2011; **2011**:192649.
17. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass publisher; 2008, PP:67-92.
18. Cai WW, Marks JS, Chen CH, Zhuang YX, Morris L, Harris JR. Increased cesarean section rates and emerging patterns of health insurance in Shanghai, china. *Am J Public Health*.1998; **88**(5):777-80.
19. Alimohammadian M, Shariat M, Mahmmodi M, Ramezanzadeh F. [Investigation of the effect of pregnant women's request on the rate of elective caesarean delivery]. *Payesh*.2003; **2**(2):137-43. (Persian)
20. Rahimikian F, Mirmohamadali M, Mehran A, Aboozari-Ghforoodi K, Salmaani-Barough N. [Effect of Education Designed based on Health Belief Model on Choosing Delivery Mode]. *Journal of Hayat*.2008; **14**(3-4):25-32. (Persian)
21. Ganji F, Reisi R, Khosravi SH, Soltani P, Kasiri KA, Jafarzadeh L, and et al. [Effect of a participatory intervention to reduce the number of unnecessary cesarean sections performed in Shahrekord, Iran]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*.2006; **8**(1):14-8. (Persian)
22. Goba A, Mirteimouri M, Dashipour AR. [Effect of education on selection of delivery method among pregnant women referred to Aliebne-Abitaleh hospital of Zahedan in 2004]. (MSc, midwifery dissertation). School of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences; 2004; p 22-25. (Persian)
23. Lagrew DC, Morgan MA. Decreasing the cesarean section rate in a private hospital: success

- without mandated clinical changes. *Am J Obstet Gynecol*.1996; **174**(1):184-91.
24. Faraji R, Zahiri Z, Farjad F. [Investigation of pregnant women's knowledge and attitude toward the delivery modes]. *Journal of Gilan University of Medical Sciences*.2003; **12**(46):69-75. (Persian)
25. Signorelli C, Cattaruzza MS, Osborn JF. Risk Factors for Cesarean section in Italy: resulted of Multicenter study. *Public Health*.1995; **109**(3):191-9.
26. Porreco RP. Meeting the challenge of the rising cesarean Birth rate. *Obstet Gynecol*.1990; **75**(1):133-6.
27. Anderson GM, Loams J. Explaining variations in cesarean section rates, patients, facilities or policies?. *Can Med Assoc J*.1985; **132**(3): 253-6.
28. Miri MR, Shafiee F, Haydaniya AR, Kazemnejad A. [Study on behavioral intention model (BIM) to the attitude of tribermen towards family planning]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*.2002; **12**(37):67-75. (Persian)
29. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand*.1993; **72**(4):280-5.
30. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmaki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*.2006; **85**(11):1315-9.

*Research Article***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**Ali Khani Jeihooni (MSc)^{1*}, Fatemeh Shahidi (MSc)¹, Seyed Mansor Kashfi (MD)²¹ Department of Public Health and Nursing, School of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.² Research Center for Health Sciences and Department of Public Health, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Received 15 Jan. 2014

Accepted 22 Apr. 2014

Abstract

Introduction: Cesarean section is considered as a major surgery accompanied by several complications. The aim of this study was to investigate the effectiveness of educational program based on the theory of reasoned action to reduce the rate of cesarean section among pregnant women in Fasa, Southern Iran.

Materials & Methods: This quasi-experimental study was performed on 100 (50 participants in each of the control and intervention groups) primiparous women in the third trimester of pregnancy admitted to health centers of Fasa city, Fars province, Iran. The data-gathering tool was a multipart questionnaire containing demographic variables and the theory of reasoned action structures. After the pretest, the intervention group underwent exclusive training based on the theory of reasoned action. Then, after 3 months, both groups took part in the posttest. Data was analyzed by paired T-test, independent T-test, chi-square and Fisher exact test using SPSS-18 software.

Results: A significant difference was found between the two groups regarding knowledge, evaluations behavioral outcomes, behavioral beliefs and intention ($P < 0.001$). Chi-square analysis showed a significant difference between the two groups regarding their performance ($P < 0.001$).

Conclusions: The present intervention was effective in increasing the pregnant women's knowledge, evaluations behavioral outcomes, behavioral beliefs and strengthening their intention as well as performance. Therefore, it is suggested to use this model and other systematic trainings for pregnant women to decrease the rate of cesarean section.

Keywords: Attitude; Cesarean Section; Intention; Pregnant Women

Corresponding Author: Ali Khani Jeihooni, MSc in Health Education, Department of Public Health and Nursing, School of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran. Email: Khani_1512@yahoo.com, Tel: 0731-2220994

Please cite this article as: Khani 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):63-70.