

## خودکارآمدی مربوط به انتخاب نوع زایمان و زمان لیبر در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان پارس آباد

صفیه کنعانی<sup>۱\*</sup>، حمید الهوردی پور<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

<sup>۲</sup> دکتری تخصصی آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۹/۱۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۵/۵

### چکیده

**مقدمه:** خودکارآمدی باور شخص به توانایی خود جهت انجام موفقیت آمیز رفتار است. در رابطه با انتخاب نوع زایمان، خودکارآمدی به توانایی فرد جهت مقابله با شرایط استرس زا و انجام واکنش های ضروری در زمان زایمان مربوط می شود. مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر خودکارآمدی در انتخاب نوع زایمان و زمان لیبر در زنان باردار انجام گردید.

**مواد و روش ها:** مطالعه توصیفی - مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۳ در بین ۲۰۰ مادر باردار شکم اول و دوم با زایمان طبیعی قبلی تحت پوشش ۵ مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان پارس آباد انجام شد. زنان مورد مطالعه با روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. گردآوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه شامل مشخصات جمعیت شناختی، خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی و خودکارآمدی زمان لیبر به روش خودگزارش دهی بود. داده های جمع آوری شده با نرم افزار SPSS-21 و با استفاده از آزمون های کای دو، آزمون دقیق فیشر و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** میانگین سنی مادران  $25/19 \pm 4/48$  بود؛ بین تحصیلات همسر، داشتن بیمه تکمیلی و شغل با انتخاب روش زایمان ارتباط معنی داری وجود داشت ( $P < 0/05$ ). خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی و زمان لیبر با تعداد زایمان و انتخاب روش زایمان ارتباط داشتند ( $P < 0/001$ ). میانگین خودکارآمدی در مادران باردار شکم دوم و افرادی که زایمان طبیعی را انتخاب کرده بودند، بیشتر بود.

**نتیجه گیری:** خودکارآمدی انتخاب روش زایمان و زمان لیبر در انتخاب روش زایمان تعیین کننده و با تعداد زایمان مرتبط می باشد؛ لذا پیشنهاد می گردد در مداخلات آموزشی بر خودکارآمدی جهت کاهش ترس از زایمان به ویژه در مادران باردار شکم اول توجه گردد.

**واژگان کلیدی:** زایمان، زنان باردار، خودکارآمدی

### مقدمه

و سزارین می تواند به عنوان یک اقدام ضروری جهت حفظ سلامت مادر و نوزاد انجام شود (۱،۲). باوجود افزایش ایمنی در جراحی سزارین در طول سال های اخیر، زایمان سزارین نمی تواند از لحاظ کاهش مرگ و میر مادران

در اکثر موارد زایمان طبیعی ایمن ترین روش زایمان هم برای مادر و هم برای نوزاد می باشد. انجام زایمان طبیعی گاهی اوقات به دلایل پزشکی امکان پذیر نمی گردد

\* نویسنده مسئول: صفیه کنعانی، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

ایمیل: saya\_k2004@yahoo.com

تلفن: ۰۴۱-۳۳۳۵۷۵۸۰

و همچنین تحمیل هزینه‌های اقتصادی جایگزین زایمان طبیعی شود؛ به طوری که میزان مرگ‌ومیر در اثر سزارین در مادران ۱۰-۴ برابر زایمان طبیعی می‌باشد (۳،۴).

در حالی که سازمان بهداشت جهانی بیان داشته که حداکثر میزان سزارین نباید بیش از ۱۵ درصد باشد، این میزان در آمریکا از سال ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۹، از ۲۰/۷ درصد به ۳۲/۹ درصد افزایش یافته است، میزان سزارین در انگلستان در سال ۲۰۰۴، ۲۱/۴ درصد و در ایتالیا در سال ۲۰۰۰، ۳۳/۲ درصد گزارش شده است. در سال‌های اخیر بیشترین میزان سزارین، مربوط به چین و حدود ۴۶/۲ درصد می‌باشد (۸-۴). بر طبق مطالعات انجام شده، میزان سزارین در ایران در سال ۲۰۰۹، ۴۶ درصد و میزان سزارین انتخابی در اردبیل در سال ۲۰۱۰، ۵۸/۶ درصد گزارش شده که نسبت به آمار جهانی رقم بالایی است. از میزان بالای سزارین به‌عنوان یکی از معضلات سیستم بهداشتی یاد می‌شود (۱،۹،۱۰).

عوارض متعاقب عمل سزارین بسیار بیشتر از زایمان طبیعی است. این عوارض شامل تب، خونریزی، عوارض بیهوشی، درد و عفونت شکم و محل جراحی، عفونت رحمی، تشکیل لخته‌های خونی در پاهای، امکان صدمه به مثانه و حالب در طول جراحی، افزایش نیاز به ترانسفوزیون خون، جفت سرراهی، افزایش سندروم زجر تنفسی در نوزادان، کاهش زودرس وزن نوزادان، افسردگی پس از زایمان، احساس ناراضی‌تی و خودکم‌بینی می‌باشد (۱۳-۱۱،۱).

بسیاری از عوامل در میزان سزارین مؤثرند از جمله: بهبود جراحی و تکنیک‌های بیهوشی، کاهش خطر عوارض بعد عمل، عوامل جمعیت‌شناختی، تقاضای بیمار، سخت بودن زایمان طبیعی قبلی، سن مادر در بارداری و ترس از زایمان (۱۶-۱۴).

ترس یکی از مهم‌ترین عواملی است که می‌تواند باعث شود تا مادران بر انجام سزارین گرایش پیدا کنند؛ زنانی که از زایمان می‌ترسند در واقع درد زایمان را خارج از توان خود می‌پندارند، اساساً چنین زنانی سزارین را صرفاً جهت اجتناب از زایمان طبیعی درخواست می‌کنند و این درخواست از خودکارآمدی کم آنان در انجام زایمان طبیعی حاصل می‌گردد (۱۶-۱۹). بررسی‌ها نشان می‌دهد باور

شخص نسبت به توانایی خود جهت انجام موفقیت‌آمیز رفتار به‌عنوان "خودکارآمدی" در اتخاذ رفتار مهم است (۲۱،۲۰). خودکارآمدی در این مطالعه شامل ارزیابی فرد از توانایی خود جهت مقابله با شرایط استرس‌زا و انجام واکنش‌های ضروری بخصوص در زمان لیبر و درد زایمان می‌باشد. انتظار می‌رود زنان بارداری که خودکارآمدی پایینی دارند، زایمان طبیعی را امری دست‌نیافتنی تلقی کرده و ترس زیادی را در طول دوران بارداری تجربه می‌کنند، از این رو خودکارآمدی نقش مهمی در انتخاب روش زایمان دارد (۲۲). مطالعه Dilk و همکارانش در مورد نقش خودکارآمدی در انتخاب روش زایمان نشان داد که خودکارآمدی عامل تعیین‌کننده در انتخاب نوع روش زایمان است (۲۳). Lowe نیز در مطالعه خود با عنوان خودکارآمدی برای زایمان در بین زنان نخست‌زا، تأثیر خودکارآمدی زمان لیبر را بر انتخاب روش زایمان بیان کرد (۲۴). احتمال می‌رود ترس زنان نخست‌زا از زایمان، به دلیل نداشتن تجربه زایمانی و ترس زنان شکم دوم با زایمان طبیعی قبلی، به دلیل نداشتن تجربه زایمان سخت و تحمل درد، میزان خودکارآمدی آنان را جهت انتخاب زایمان طبیعی تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به نقش خودکارآمدی در انتخاب زایمان طبیعی و لیبر؛ در مطالعه حاضر سعی بر آن بود که تأثیر خودکارآمدی در انتخاب روش زایمان و در زمان لیبر در دو گروه از زنان باردار شکم اول و دوم مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرد؛ انتظار می‌رود که این مطالعه بتواند در جهت برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی مبتنی بر افزایش میزان انتخاب زایمان طبیعی در هر دو گروه از مادران باردار نتایج مطلوبی را ارائه دهد.

### مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی-مقطعی بود که در بهار سال ۱۳۹۳ در بین زنان باردار شکم اول و دوم تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی منتخب شهرستان پارس‌آباد که در سه‌ماهه سوم بارداری قرار داشتند، انجام پذیرفت. جهت انجام نمونه‌گیری از بین کلیه پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی-درمانی شهری شهرستان پارس‌آباد که شامل ۳ پایگاه و ۴ مرکز بود، به‌صورت تصادفی ساده ۲ پایگاه و ۳

بیمه تکمیلی و درآمد خانوار موردسنجش قرار گرفت. مقیاس انتخاب روش زایمان با استفاده از ابزار محقق ساخته‌ای شامل ۲ سؤال با دو گزینه زایمان طبیعی و سزارین پاسخ‌دهی شد. برای ارزیابی مقیاس خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی از ابزار محقق ساخته‌ای شامل ۵ سؤال، به‌طور مثال "زایمان به روش طبیعی سخت هم باشد، من زایمان طبیعی می‌کنم"، استفاده شد. جهت سنجش مقیاس خودکارآمدی زمان لیبر نیز از پرسشنامه بومی‌سازی شده خودکارآمدی زایمان خرسندی و همکاران (۲۲) شامل ۱۸ سؤال، به‌طور مثال "می‌توانم در فاصله دردها قدم بزنم"، استفاده گردید. تمامی سؤالات هر دو مقیاس خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی و خودکارآمدی زمان لیبر به روش پاسخ‌دهی لیکرت ۵ رتبه‌ای (از کاملاً نامطمئن نمره صفر، نامطمئن نمره ۱، بی‌نظر نمره ۳، مطمئن نمره ۴ و کاملاً مطمئن نمره ۵) تکمیل شد. ۲۵ و ۹۰ به ترتیب به‌عنوان بالاترین نمره، خودکارآمدی بیشتری را جهت انتخاب زایمان طبیعی و زمان لیبر نشان داد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه از نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSS استفاده گردید و پس از بررسی توزیع نرمال داده‌ها، جهت آنالیز متغیرهای جمعیت شناختی از آمار توصیفی (فراوانی و درصد)؛ ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با انتخاب روش زایمان در هر یک از دو گروه از مادران باردار شکم اول و دوم از آزمون کای‌دو و آزمون دقیق فیشر؛ مقایسه میانگین خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی و خودکارآمدی زمان لیبر در مادران باردار شکم اول و دوم از آزمون تی‌مستقل و جهت بررسی ارتباط خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی و خودکارآمدی زمان لیبر با انتخاب روش زایمان در هر یک از دو گروه از مادران باردار شکم اول و دوم نیز از آزمون تی‌مستقل استفاده شد و سطح معنی‌داری آماری برای هر یک از آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

یافته‌های حاصل از مطالعه در میان ۱۳۸ نفر از مادران باردار شکم اول و ۶۲ نفر از مادران باردار شکم دوم نشان داد که میانگین سنی مادران باردار مورد مطالعه

مرکز بهداشتی-درمانی انتخاب شدند، سپس با توجه به معیارهای ورود به مطالعه، نمونه‌ها به‌صورت نمونه‌گیری آسان از بین پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی منتخب برگزیده شدند که در مجموع ۲۰۰ زن باردار شکم اول و دوم وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود در این مطالعه شامل خانم‌های باردار شکم اول یا دوم سه‌ماهه سوم بارداری، سنین ۱۸-۳۵ سال، زنان باردار شکم دوم با زایمان طبیعی قبلی، زنان باردار فاقد سقط‌های مکرر و فقدان کنتراندیکاسیون‌های زایمان طبیعی و رضایت شخصی برای شرکت در مطالعه بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل اندیکاسیون‌های سزارین از جمله حاملگی چندقلویی، لگن کوچک، دیابت و فشارخون بالا بود. مطالعه با هماهنگی لازم با ریاست شبکه بهداشت و درمان شهرستان پارس‌آباد و کسب رضایت آگاهانه و مکتوب از افراد تحت مطالعه با اطمینان دادن به آنان در جهت محرمانه بودن اطلاعات اخذ شده، اجرا شد.

گردآوری اطلاعات در این مطالعه با استفاده از ترکیبی از پرسشنامه‌های محقق ساخته و پرسشنامه خرسندی و همکاران (۲۲) شامل مشخصات جمعیت شناختی، خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی، خودکارآمدی زمان لیبر و انتخاب روش زایمان به روش خودگزارش‌دهی صورت گرفت. روایی محتوایی پرسشنامه‌ها با بهره‌گیری از نظرات و راهنمایی‌های ۱۰ نفر از اساتید و صاحب‌نظران رشته آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت و متخصصین مامایی و اعمال اصلاحات لازم انجام شد و شاخص روایی محتوایی (CVI) و میزان روایی محتوایی (CVR) تمامی سؤالات برابر با یک به دست آمد. به‌منظور تعیین پایایی پرسشنامه‌ها، مطالعه مقدماتی با شرکت ۵۰ زن باردار اجرا شد و ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) برای خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی ۰/۸۵، خودکارآمدی زمان لیبر ۰/۹۵ و انتخاب روش زایمان ۰/۹۰ به دست آمد. اطلاعات جمعیت شناختی با استفاده از متغیرهای سن، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، بارداری خواسته یا ناخواسته، مکان موردنظر برای زایمان، وضعیت تحت پوشش بودن بیمه، برخورداری از

تحت پوشش بودن بیمه تکمیلی با انتخاب روش زایمان مشاهده شد؛ در مادران باردار شکم دوم تنها اختلاف معنی دار بین متغیر شغل با انتخاب روش زایمان وجود داشت ( $P < 0/05$ ) و در هر دو گروه از مادران به جز متغیرهای مذکور ارتباطی بین سایر متغیرهای جمعیت شناختی با انتخاب روش زایمان وجود نداشت (جدول شماره ۱).

۲۵/۱۹±۴/۴۸ و میانگین سنی همسران آنان ۲۹/۶۰±۴/۷۱ بود؛ در گروه مادران باردار شکم اول بیشترین افراد با ۷۴/۶ درصد در محدوده سنی ۱۸-۲۶ سال و در گروه مادران باردار شکم دوم بیشترین افراد با ۶۱/۳ درصد در محدوده سنی ۲۷-۳۵ سال قرار داشتند. بر اساس نتایج آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر در مادران باردار شکم اول تفاوت معنی داری بین تحصیلات همسر و

جدول شماره ۱- متغیرهای جمعیت شناختی و ارتباط آنها با انتخاب روش زایمان در دو گروه از زنان باردار شکم اول و دوم

متغیرهای جمعیت شناختی	شکم اول (n=۱۳۸)		شکم دوم (n=۶۲)		سطح معنی داری
	روش طبیعی تعداد (درصد)	روش سزارین تعداد (درصد)	روش طبیعی تعداد (درصد)	روش سزارین تعداد (درصد)	
سن (به سال)	۱۸-۲۶	۳۷(۷۱/۲)	۱۷(۴۰/۵)	۷(۳۵)	۰/۶۷۹
	۲۷-۳۵	۱۵(۲۸/۸)	۲۵(۵۹/۵)	۱۳(۶۵)	
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۱(۲۱/۲)	۱۵(۳۵/۷)	۵(۲۵)	۰/۳۹۹
	دیپلم و بالاتر	۴۱(۷۸/۸)	۲۷(۶۴/۳)	۱۵(۷۵)	
تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۱۷(۳۲/۷)	۱۹(۴۵/۲)	۱۰(۵۰)	۰/۷۲۵
	دیپلم و بالاتر	۳۵(۶۷/۳)	۲۳(۵۴/۸)	۱۰(۵۰)	
شغل	خانه دار	۴۸(۹۲/۳)	۴۲(۱۰۰)	۱۶(۸۰)	۰/۰۰۹ <sup>#</sup>
	شاغل	۴(۷/۷)	.	۴(۲۰)	
شغل همسر	خانه دار	۴(۷/۷)	۳(۷/۱)	۳(۱۵)	۰/۳۷۷ <sup>#</sup>
	شاغل	۴۸(۹۲/۳)	۳۹(۹۲/۹)	۱۷(۸۵)	
نوع بارداری	خواسته	۵۰(۹۶/۲)	۳۰(۷۱/۴)	۱۳(۶۵)	۰/۶۰۸
	ناخواسته	۲(۳/۸)	۱۲(۲۸/۶)	۷(۳۵)	
محل زایمان (بیمارستان)	خصوصی	۱(۱/۹)	۱/۰۰۰ <sup>#</sup>	.	NS
	دولتی	۵۱(۹۸/۱)	۲۰(۱۰۰)	۴۲(۱۰۰)	
پوشش بیمه	بله	۳۱(۵۹/۶)	۲۶(۶۱/۹)	۱۲(۶۰)	۰/۸۸۶
	خیر	۲۱(۴۰/۴)	۱۶(۳۸/۱)	۸(۴۰)	
بیمه تکمیلی	بله	۳(۵/۸)	۸(۱۹/۰)	۶(۳۰)	۰/۳۴۹ <sup>#</sup>
	خیر	۴۹(۹۴/۲)	۳۴(۸۱/۰)	۱۴(۷۰)	
درآمد خانوار	پایین	۲۴(۴۶/۲)	۱۵(۳۵/۷)	۷(۳۵)	۱/۰۰۰
	متوسط	۲۸(۵۳/۸)	۲۷(۶۴/۳)	۱۳(۶۵)	

<sup>#</sup> P-value بر اساس آزمون دقیق فیشر می باشد.

جدول شماره ۲- مقایسه خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی و خودکارآمدی زمان لیبر در زنان باردار شکم اول و دوم

متغیر	شکم اول (n=۱۳۸)	شکم دوم (n=۶۲)	سطح معنی داری
	میانگین (±انحراف معیار)	میانگین (±انحراف معیار)	
خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی <sup>#</sup>	۱۲ (±۷/۱۹)	۱۷/۰۲ (±۷/۰۷)	<۰/۰۰۱
خودکارآمدی زمان لیبر <sup>۱</sup>	۴۶/۳۵ (±۲۱/۹۰)	۶۵/۲۶ (±۱۹/۳۱)	<۰/۰۰۱

<sup>#</sup> دامنه سؤالات برای متغیر خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی (۰-۲۵)، <sup>۱</sup> دامنه سؤالات برای متغیر خودکارآمدی زمان لیبر (۰-۹۰)

خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی و خودکارآمدی زمان لیبر با انتخاب روش زایمان در هر دو گروه از مادران باردار شکم اول و دوم مورد مطالعه نشان داد که بین انتخاب روش زایمان با هر دو نوع خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی و زمان لیبر در هر دو گروه از مادران اختلاف معنی داری وجود داشت ( $P < 0/001$ )؛ علاوه بر این در هر دو گروه از مادران میانگین نمرات خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی و خودکارآمدی زمان لیبر در افرادی که زایمان سزارین را انتخاب کرده بودند، کمتر بود (جدول شماره ۳).

بررسی میانگین نمرات خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی و خودکارآمدی زمان لیبر در بین دو گروه از مادران باردار شکم اول و دوم با استفاده از آزمون تی مستقل ارتباط معنی داری را نشان داد ( $P < 0/001$ )، بدین معنی که هر دو نوع خودکارآمدی با تعداد زایمان (شکم اول یا دوم) ارتباط داشتند؛ میانگین نمرات خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی و خودکارآمدی زمان لیبر در مادران باردار شکم دوم نیز بیشتر از مادران باردار شکم اول بود (جدول شماره ۲). همچنین نتایج آزمون تی مستقل جهت بررسی ارتباط

جدول شماره ۳- مقایسه ارتباط خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی و خودکارآمدی زمان لیبر با انتخاب روش زایمان در مادران باردار شکم اول و دوم

متغیر	شکم اول (n=138)		سطح معنی داری	شکم دوم (n=62)	
	روش طبیعی	روش سزارین		روش طبیعی	روش سزارین
	میانگین (±انحراف معیار)	میانگین (±انحراف معیار)		میانگین (±انحراف معیار)	میانگین (±انحراف معیار)
خودکارآمدی انتخاب زایمان طبیعی	۱۷/۷۹ (±۶/۰۵)	۸/۵۰ (±۵/۳۴)	<0/001	۱۹/۸۸ (±۵/۷۵)	۱۱/۰۱ (±۵/۷۴)
خودکارآمدی زمان لیبر	۶۰/۰۸ (±۱۹/۲۰)	۳۸/۰۵ (±۱۹/۱۵)	<0/001	۷۲/۴۳ (±۱۴/۷۷)	۵۰/۲۰ (±۱۹/۳۵)

مطابق با نتایج به دست آمده از پژوهش، انتخاب روش زایمان در هر دو گروه از مادران شکم اول و شکم دوم ارتباطی با دیگر متغیرهای جمعیت شناختی بررسی شده مثل سن، تحصیلات مادر، شغل همسر و درآمد خانوار نداشت؛ در حالی که برخی از مطالعات انجام گرفته عدم تأثیر این متغیرها را بر ترجیح مادران جهت روش زایمان آشکار کردند (۲۹-۱۱،۲۶)، اما ارتباط بین سن، تحصیلات و وضعیت مالی با انتخاب روش زایمان در هر دو گروه از مادران در مطالعات دیگری مشاهده شده است که با نتایج مطالعه حاضر مشابه بود (۲۵،۳۰).

علاوه بر این، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و مکان انتخابی جهت انجام زایمان تأثیری بر انتخاب روش زایمان در این تحقیق نشان نداد. از این رو این احتمال وجود دارد که بسیاری از مادران باردار در مطالعه، زایمان طبیعی را صرف نظر از زمینه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی خود انتخاب می کنند و علت عدم ارتباط بسیاری از متغیرهای جمعیت شناختی بررسی شده با انتخاب روش زایمان نیز از این نکته حمایت می کند.

## بحث

مهم ترین هدف این مطالعه بررسی خودکارآمدی در انتخاب روش زایمان و زمان لیبر در دو گروه از مادران باردار شکم اول و دوم بود. نتایج نشان دهنده ارتباط بین هر دو نوع خودکارآمدی با تعداد زایمان و روش انتخاب زایمان بود و در هر دو گروه، مادرانی که زایمان سزارین را انتخاب کرده بودند، خودکارآمدی پایینی در انتخاب روش زایمان و زمان لیبر داشتند.

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که از بین متغیرهای جمعیت شناختی در مادران باردار شکم اول، تحصیلات همسر و داشتن بیمه تکمیلی بر انتخاب روش زایمان مؤثر بود، این یافته با نتایج برخی از مطالعات انجام شده همخوانی داشت (۲۶،۲۵). علاوه بر این، در این مطالعه در مادران باردار شکم دوم تنها متغیر جمعیت شناختی مؤثر بر انتخاب روش زایمان شغل مادر بود؛ در حالی که مطالعه معینی و همکاران (۲۵) تأییدکننده این یافته بود، اما مطالعه Choog و همکاران عدم ارتباط بین شغل و انتخاب نوع زایمان را نشان داد (۲۷).

احتمالاً وابسته به این حقیقت است که زنان باردار شکم دوم به علت داشتن زایمان طبیعی قبلی، تجارب مثبتی از زایمان را کسب کرده‌اند که این تجربه بر افزایش خودکارآمدی آنان نیز مؤثر بوده است، درحالی‌که در زنان باردار شکم اول احتمالاً به دلایلی از جمله عدم تجربه زایمان قبلی، استرس و ترس بیشتر از درد زایمان، ابتدا خودکارآمدی آنها در جهت انتخاب روش زایمان و متعاقباً زمان لیبر تحت تأثیر قرار می‌گیرد و یا بالعکس؛ از این رو هر دو نوع خودکارآمدی می‌تواند عامل مؤثری در تصمیم هر دو گروه از مادران در جهت انتخاب نوع زایمان طبیعی و یا سزارین باشد.

مطالعه حاضر علیرغم نقاط قوت و دست‌آوردهای گزارش شده دارای محدودیت‌هایی نیز بود که از آن جمله می‌توان به روش خودگزارش‌دهی جهت تکمیل پرسشنامه‌ها که احتمال تورش یادآوری را به دنبال دارد و همچنین نحوه انتخاب نمونه‌ها به صورت غیر تصادفی که موجب عدم تعمیم نتایج به جمعیت‌های دیگر می‌شود، اشاره کرد؛ لذا پیشنهاد می‌گردد که این نکات مورد توجه پژوهشگران بعدی قرار گیرد.

### نتیجه‌گیری

مطابق با یافته‌های مطالعه، خودکارآمدی روش انتخاب زایمان و خودکارآمدی زمان لیبر از عوامل تعیین‌کننده و مهم در انتخاب روش زایمان و تعداد زایمان در مادران شکم اول و دوم می‌باشند؛ لذا پیشنهاد می‌گردد جهت افزایش میزان زایمان طبیعی، در مداخلات آموزشی روش‌های کاهش ترس از درد زایمان جهت بالا بردن میزان خودکارآمدی به‌ویژه در مادران باردار شکم اول مدنظر قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان از کلیه مسئولین و کارکنان محترم تمامی مراکز بهداشتی-درمانی تحت پژوهش و مادران باردار شرکت‌کننده در مطالعه صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند. منافع شخصی نویسندگان با نتایج این تحقیق ارتباطی نداشته است.

دیگر نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه آشکار کرد که خودکارآمدی هم در زمینه انتخاب روش زایمان و هم در زمان لیبر بر انتخاب روش زایمان در هر دو گروه از مادران باردار شکم اول و دوم مؤثر بود؛ بدین معنی که هر دو نوع خودکارآمدی عامل تعیین‌کننده در انتخاب روش زایمان بودند. Dilk و همکارانش خودکارآمدی در انتخاب روش زایمان را به‌عنوان عامل تعیین‌کننده در انتخاب نوع روش زایمان و زایمان طبیعی بیان کردند (۹،۲۳)؛ مطالعه Lowe در بین زنان نخست‌زا و مطالعه خرسندی و همکارانش در بین زنان نخست‌زا و چندزا تأثیر خودکارآمدی زمان لیبر را بر انتخاب روش زایمان نشان داد (۲۲،۲۴)، که با یافته‌های مطالعه حاضر مطابقت داشتند.

به‌طور کلی نقش خودکارآمدی به‌عنوان عنصر کلیدی در انتخاب روش زایمان و زمان لیبر مورد تأیید قرار گرفته است، به‌طوری‌که زنانی که زایمان طبیعی را انتخاب کردند از خودکارآمدی بالایی نسبت به زنانی با قصد زایمان سزارین برخوردار بودند که تأییدکننده نتایج مطالعه حاضر بود (۲۲،۲۶)، زیرا در این مطالعه نیز نمرات خودکارآمدی کسب‌شده در انتخاب روش زایمان و زمان لیبر در هر دو گروه از مادران، در افرادی که سزارین را انتخاب کرده بودند، کمتر بود.

از آنجائی که اکتساب مهارت‌ها از طریق موفقیت‌های گذشته باعث تقویت خودکارآمدی می‌شود، بنابراین اعتماد شخص به توانایی خود برای مقابله با درد لیبر یک عامل مهم در کسب تجربه مثبت است (۳۱،۳۲)، در نتیجه اختلاف چشمگیری در نمره خودکارآمدی زنانی که تجربه زایمان طبیعی قبلی داشتند و زنان نخست‌زا مشاهده شده است و زنان باردار چندزا از خودکارآمدی بالاتری نسبت به زنان نخست‌زا برخوردار بودند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر مبنی بر ارتباط بین هر دو نوع خودکارآمدی با تعداد زایمان و پایین بودن نمرات هر دو نوع خودکارآمدی در مادران شکم اول نسبت به شکم دوم سازگاری داشت. درحالی‌که در مطالعه دیگری اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر خودکارآمدی مشاهده نشد (۲۲،۳۳)، که با یافته‌های مطالعه حاضر مشابهتی نداشت. این موضوع



## References

1. Darvishi E, Mortazavi SS, Nedjat S, Holakouie-Naieni K. [Experiences of women and gynecologists on the choice of delivery method: A Qualitative Research]. *Journal of Health Systems Research*.2012; **8**(1):59-68. (Persian)
2. Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Soc Sci Med*.2007; **64**(11): 2272-84.
3. Karim F, Ghazi A, Ali T, Aslam R, Afreen U, Farhat R. Trends and Determinants of Caesarean section. *Journal of Surgery Pakistan*.2011; **16**(1):22-7.
4. Runmei M, Terence TL, Yonghu S, Hong X, Yuqin T, Bailuan L, et al. Practice audits to reduce caesareans in a tertiary referral hospital in south-western China. *Bull World Health Organ*.2012; **90**(7):488-94.
5. Deline J, Varnes-Epstein L, Dresang LT, Gideonsen M, Lynch L, Frey JJ. Low primary cesarean rate and high VBAC rate with good outcomes in an Amish birthing center. *Ann Fam Med*.2012; **10**(6):530-7.
6. Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med*.2009; **360**(2):111-20.
7. Lin HC, Xirasagar S. Institutional factors in cesarean delivery rates: policy and research implications. *Obstet Gynecol*.2004; **103**(1):128-36.
8. 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):62-71. (Persian)
9. 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 Med J*.2013; **28**(6):395-403.
10. Sharghi A, Kamran A, Sharifirad GR. [Assessing the factors influencing delivery method selection in primiparous pregnant women referred to health centers in Ardabil, 2010]. *Hormozgan Medical Journal*.2011; **15**(3):234-42. (Persian)
11. Kashfi SM, Khani jeihooni A, Babaei Heydarabadi A, Ashrafi Hafez A, Rezaianzadeh A, Shahidi F. Effect of behavioral intention model-based education on decrease the rate of caesarean delivery among pregnant women. *Journal of Paramedical Sciences* .2014; **5**(1):16-23.
12. Movahed M, Enayat H, Ghaffarinasab E, Alborzi S, Mozafari R. [Related factors to choose cesarean rather than normal delivery among shirazian pregnant women]. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*.2012; **2**(6):278-83. (Persian)
13. Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*.2012; **12**:138.
14. 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.
15. Naseh N, Khazaie T, Kianfar S, Dehghan R, Yoosefi S. [Prevalence of cesarean and its complications in women referring to Vali-e-Asr Hospital]. *Modern Care Journal*.2010; **7**(1):12-8. (Persian)
16. Stoll K, Fairbrother N, Carty E, Jordan N, Miceli C, Vostrcil Y, et al. "It's all the rage these days": University students' attitudes toward vaginal and cesarean birth. *Birth*.2009; **36**(2):133-40.
17. Tanglakmankhong K, Perrin NA, Lowe NK. Childbirth self-efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: psychometric properties of Thai language versions. *J Adv Nurs*.2011; **67**(1):193-203.
18. Nieminen K, Stephansson O, Ryding LE. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*.2009; **88**(7):807-13.
19. Salomonsson B, Bertero C, Alehagen S. Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*.2013; **42**(2):191-202.
20. Ghaffari M, Afshari A. Application of health belief model for predicting delivery method among pregnant women of Semirrom: a cross-sectional research. *World Appl Sci J*.2013; **22**(4):494-99.
21. Sexton TL, Tuckman BW. Self-beliefs and behavior: The role of self-efficacy and outcome expectation over time. *Pers Individ Dif*.1991; **12**(7):725-36.
22. Khorsandi M, Ghofranipour F, Heydarnia A, Faghihzade S, Akbarzade A, Vafaei M. [Survey of perceived self-efficacy in pregnant women]. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of IRAN*.2008; **26**(1):89-95. (Persian)
23. Dilks FM, Beal JA. Role of self-efficacy in

- birth choice. *J Perinat Neonatal Nurs.*1997; **11**(1):1-9.
24. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.*2000; **21**(4):219-24.
25. Moeini B, Allahverdipour H, Mahjoub H, Bashirian S. [Assessing pregnant women's beliefs, behavioral intention and predictive factors for cesarean section in Hamadan]. *Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility of Iran.*2011; **14**(3):37-44. (Persian)
26. Baghianimoghadam MH, Baghianimoghadam M, Jozi F, Hatamzadah N, Mehrabbik A, Hashemifard F, et al. [The relationship between HBM constructs and intended delivery method]. *The Journal of Toloo-e-Behdasht.*2014; **12**(4):105-16. (Persian)
27. Chong ES, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *Int J Gynaecol Obstet.*2003; **80**(2):189-94.
28. Sharifirad GR, Fathian Z, Tirani M, Mahaki B. [Study on Behavioral Intention Model (BIM) to the attitude of pregnant women towards normal delivery and cesarean section in province of Esfahan-Khomeiny Shahr-1385]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences.*2007; **15**(1):19-24. (Persian)
29. 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**(2):123-31. (Persian)
30. 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.
31. Boyd NG, Vozikis GS. The influence of self-efficacy on the development of entrepreneurial intentions and actions. *Entrepreneurship theory and practice.*1994; **18**:63-77.
32. Gibbins J, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery.*2001; **17**(4):302-13.
33. Lowe NK. Maternal confidence for labor: development of the childbirth self-efficacy Inventory. *Res Nurs Health.*1993; **16**(2):141-49.



*Research Article***Self-Efficacy of Choosing Delivery Method and Labor Among Pregnant Women in Pars-Abad City**Safieh Kanani (MSc)<sup>1\*</sup>, Hamid Allahverdipour (PhD)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MSc student of Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

<sup>2</sup> Professor of Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Received 27 July. 2014

Accepted 3 Dec. 2014

**Abstract**

**Introduction:** Self-efficacy is a person's belief on his or her own ability to successfully perform a task. It is one's own ability to cope with stressful situations and implement necessary actions, especially in labor. The aim of this study was to investigate the effect of self-efficacy on choosing delivery method and labor among women.

**Materials and Methods:** This was a cross-sectional and descriptive study. The non-probability sample consisted of 200 primiparous and multipara women in the third trimester of pregnancy recruited from five urban health care centers in Pars-Abad city, Ardebil province, Iran, in 2014. The standard and self-administered questionnaires were used for data collection including demographic variables and self-efficacy of choosing natural vaginal delivery and labor via self-report method. Data analysis was performed using SPSS-21 software by chi-square, Fisher exact test and independent T-test.

**Results:** The mean age of all participants was 25.19 ( $\pm 4.48$ ). A significant difference was found between spouse education levels, having supplemental insurance and employment status with choosing the delivery method ( $P < 0.05$ ). Self-efficacy to choose natural vaginal delivery and self-efficacy of labor were associated with parity and choosing the delivery method ( $P < 0.001$ ); the average two types of self-efficacy were higher in multipara women and those who selected natural delivery method.

**Conclusions:** Self-efficacy to choose natural vaginal delivery and labor determines choosing the delivery method and is related to parity. Therefore, it is suggested to focus on self-efficacy in educational interventions to reduce fear of childbirth, especially in primiparous women.

**Keywords:** Parturition; Pregnant Women; Self Efficacy

**Corresponding Author:** Kanani Safieh, MSc in Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. Email: saya\_k2004@yahoo.com, Tel: +984133357580

Please cite this article as: 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; 1(2):39-47.