# بررسی دیدگاه زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی و سزارین بر اساس مدل قصد رفتاری

غلامرضا شریفی راد[1*]، زهره فتحیان[2]، مریم تیرانی[3]، بهزاد مهکی[4]

۱) دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲) شبکه بهداشت خمینی شهر

۳) معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۴) دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایلام

تاریخ دریافت:۸۵/۹/۲۹ تاریخ پذیرش:۸۶/۱/۵

## چکیده:

*مقدمه:* مکانیسم انجام زایمان یک فرایند خودبخودی و بدون نیاز به مداخله می باشد به جز در مواردی که جان مادر یا نوزاد در خطر باشد، که در این صورت با انجام عمل جراحی سزارین به نجات جان مادر یا نوزاد کمک می شود. متاسفانه امروزه شیوع سزارین در اکثر کشورهای پیشرفته به بیش از ۵۰ درصد رسیده ، در حالیکه سازمان بهداشت جهانی هدف برای انجام سزارین تا سال ۲۰۱۰ را ۱۵درصد اعلام کرده است.

*مواد و روشها:* طی یک مطالعه مقطعی- توصیفی تعداد ۱۴۰ نفر از زنان باردار شکم اول با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای بر مبنای متغیرهای الگوی قصد رفتاری شامل آگاهی، نگرش، ارزیابی از نتایج، هنجارهای انتزاعی و قصد بود.

*نتایج :* میانگین سنی مادران ۲/۸± ۲۳/۲ و سطح تحصیلات اکثر آنان در حد مقطع دبیرستان بود.میانگین نمره آگاهی آنان۵۲/۷ از مجموع ۱۰۰، میانگین نمره ارزیابی از نتایج ۲۲ از ۳۰ ومیانگین نمره نگرش ۵۰ از ۸۰ نمره بود. در بین بیش از ۶۰ درصد زنان باردار پزشک جزء هنجارهای انتزاعی اصلی بود. قصد بیش از ۷۰ درصد مادران زایمان طبیعی و حدود۳۰ درصد آنان قصد سزارین داشتند.

*نتیجه گیری نهایی:* نتایج ارتباط بین قصد با آگاهی و نگرش را تأیید نمود و همچنین هنجارهای انتزاعی وانگیزه برای اطاعت در بین زنان باردار را مشخص نمود. جهت انجام بررسیهای بیشتر و انجام مداخلات در جهت کاهش میزان سزارین با توجه به تاثیر شرایط فردی و اجتماعی برروی انتخاب نوع زایمان ، استفاده از الگوی قصد رفتاری پیشنهاد می گردد.

**واژه های کلیدی:**سزارین، زایمان طبیعی، مدل قصد رفتاری

* **نویسنده مسئول:** دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان E.mail:sharifirad@HLTH.mu.ac.ir



[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12 ]

## مقدمه

زایمان یکی از موهبت‌های الهی برای تولید نسل بشر بر روی زمین می باشد که از بدو تولد آدم تا کنون همواره ادامه داشته است . مکانیسم انجام زایمان یک فرایند خودبخودی و بدون نیاز به مداخله می باشد که سالهای سال با سیر طبیعی خود انجام شده است.

با پیشرفت علم و تکنولوژی طی دهه های اخیر بشر به راههایی دست یافت که با کمک عمل جراحی در مواردی که جان مادر یا جنین در خطر بود به کمک آنها بشتابد ، کشف آنتی بیوتیک ها و استفاده از دستگاهها و تجهیزات پیشرفته، نیز در این زمینه به یاری بشر شتافت.

اما متأسفانه پس از چندی این روش که فقط برای استفاده در موارد اورژانس و برای نجات جان مادر و جنین ابداع شده بود در بین جوامع شیوع بیشتری پیدا کرد و به وسیله ای برای فرار از درد زایمان مبدل شد، به طوریکه امروزه در بسیاری از جوامع انجام زایمان با روش سزارین به یک فرهنگ مبدل گشته و بیش از نیمی از زنان داوطلبانه به انجام سزارین روی می آورند و این در حالی است که انجام این عمل جراحی خود عواقب بسیار زیادی برای مادر و جنین به همراه دارد از جمله عوارض بیهوشی، خونریزی، آمبولی، عفونت های بعد از عمل جراحی و مرگ و میر بیشتر مادران پس از انجام عمل سزارین ، که همه این عوامل با همدیگر به غیر ازایجاد عوارض جسمی وروانی برای مادر ، موجب ۲-۳ برابر شدن هزینه زایمان برای مادر و خانواده می شوند، همچنین ناتوانیهای مادر پس از انجام سزارین موجب عدم توجه و رسیدگی کامل مادر و شیردهی صحیح نوزاد پس از تولد می گردد (۳،۲،۱) .

با توجه به کلیه عوارض بیان شده، شیوع این عمل جراحی دراکثر کشورهای غربی از جمله آمریکا تا حدود سال ۱۹۸۸ به ۲۵ درصد رسید ولی پس از آن با توجه بیشتراین کشورها آمار سزارین تا سال ۲۰۰۰ به ۲۱/۸ درصد رسید و پس از آن در همین حد ثابت ماند . سازمان بهداشت جهانی نیز در راستای حفظ سلامت مادر و جنین هدف برای انجام سزارین تا سال ۲۰۱۰ را ۱۵ درصد اعلام کرد (۴).

در کشورهای در حال توسعه، آمار و ارقام سزارین روزبروز در حال پیشرفت است و کشور ما نیز در این گوی سبقت عقب نمانده بطوریکه طبق آمار و ارقام اعلام شده در سال ۱۳۸۵ میزان سزارین در کشور ما به ۴۲/۳ درصد رسیده و استان اصفهان نیز با داشتن ۵۸/۲ درصد سزارین مقام دوم را، در کشور داراست. در شهرستان مورد مطالعه نیز طبق آمار و ارقام اعلام شده از مرکز بهداشت شهرستان، این میزان بیش از ۵۴ درصد اعلام شده است (۵).

با وجود این آمار و ارقام و فاصله ما تا رسیدن به شعار سازمان بهداشت جهانی، لزوم انجام مداخلاتی در جهت یافتن علت این افزایش و انجام راهکارهای در جهت کاهش این آمار و ارقام ضروری به نظر می رسد.

با توجه به اینکه الگوهای مطالعه رفتار می توانند در بررسی دیدگاههای مردم نسبت به رفتارهای بهداشتی حائز اهمیت باشند، بر اساس مطالعات انجام شده یکی از بهترین مدلهایی که در ارتباط با نگرش و رفتارهای باروری می تواند مورد استفاده قرار بگیرد مدل قصد رفتاری است (۶) .این الگو بر مبنای یک تئوری روانشناختی به نام تئوری عمل منطقی پایه گذاری شده است. فرضیات این تئوری این است که اولاً مردم تصمیمات رفتاریشان را بر پایه بررسی معقول و منطقی اطلاعات در دسترس اتخاذ می کنند و ثانیاً مردم پیامد و نتایج عملکرد خود را قبل از اتخاذ تصمیم مورد توجه قرار می دهند (۷).

بر اساس الگوی قصد رفتاری ، مهمترین تعیین کننده رفتار فرد ، قصد رفتاری است که فیش بین و آزن قصد را قضاوت احتمالی فرد از نوع رفتار مورد نظر وی 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 می باشد و هنجارهای انتزاعی نیز شامل اعتقادات نرمی و انگیزه برای اطاعت است (۸،۷). در این پژوهش از مدل قصد رفتاری برای سنجش دیدگاههای زنان باردار نسبت به نوع زایمان استفاده شده است .

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12 ]

## مواد و روش‌ها

در یک مطالعه مقطعی- توصیفی ۱۴۰ نفر از زنان باردار شکم اول انتخاب شدند.جهت انتخاب نمونه هابا استفاده ار روش نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای ابتدا ۸ مرکز از بین ۳۳ مرکز انتخاب شده و از هر مرکز نیز با روش نمونه گیری تصادفی ساده نمونه ها انتخاب شده و توسط پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند.

جهت گردآوری داده ها، از پرسشنامه ای مشتمل بر ۵۴ سئوال که در ۶ قسمت طراحی شده بود استفاده گردید.بخش اول سئوالات دموگرافیک که مشتمل بر ۹ سوأل درمورد سن مادر وهمسر، شغل، میزان درآمد، سن حاملگی و تاریخ احتمالی زایمان بود. بخش دوم شامل ۱۰سئوال آگاهی که به صورت ۴ گزینه ای و بر مبنای۰و۱ نمره گذاری شده بود. بخش سوم شامل ۱۰ سئوال ارزیابی از نتایج بود که به صورت صحیح ، غلط طراحی شده بود.بخش چهارم شامل ۱۶ سئوال نگرش که با استفاده از مقیاس لیکرت ۵تایی طبقه بندی شده بودو از امتیاز ۱-۵ به ترتیب کاملا مخالف، مخالف، بی نظر ، موافق و کاملا موافق امتیاز بندی شده بود.بخش پنجم سئوالات هنجارهای انتزاعی(افرادی که در تصمیم گیری فرد در انتخاب روش زایمان موثرندو عقاید و هنجارهای موجود در این زمینه). بخش ششم سئوال قصد رفتاری در مورد تصمیم فرد برای نوع زایمان بود.

جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده شد، بدین صورت که پرسشنامه با استفاده از منابع و کتب معتبر و سایر پرسشنامه های معتبر در این زمینه تهیه و با تأیید متخصصین زنان و زایمان و اساتید راهنما اصلاحات لازم صورت گرفت. و جهت تعیین اعتماد علمی نیز از روش آزمون مجدد و آزمون کرونباخ در این زمینه استفاده گردید (α=٪۹۶).

اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه ها توسط زنان باردار جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار آماریSPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## یافته های پژوهش

میانگین سن مادران مورد مطالعه ۲/۸± ۲۳/۲ ومیانگین سن پدران۲/۸± ۲۸/۱بود.۹۱/۴ درصد مادران خانه دار و۸/۶ درصد شاغل بودند.

سطح تحصیلات مادران ۵۸/۶ درصد دبیرستان، ۲۸/۶ درصد راهنمایی،۷/۱ درصد دانشگاهی و ۵/۷ درصد ابتدایی بوده است . میزان تحصیلات همسران نیز ۴۲/۸ درصد دبیرستان ، ۴۰ درصد راهنمایی،۱۲/۸ درصد دانشگاهی و ۴/۴ درصد تحصیلات ابتدایی بوده است .

میانگین نمرات آگاهی مادران باردار نسبت به انواع روشهای زایمانی و مزایا و معایب هرکدام ۵۲/۷ از مجموع ۱۰۰ نمره بود .

میانگین نمرات ارزیابی از نتایج مادران از مجموع ۳۰ نمره ۲۲/۲۵ بود .میانگین نمرات نگرش زنان نسبت به زایمان طبیعی نیزاز مجموع ۸۰ نمره ۵۵/۱ بود.

در زمینه بررسی رابطه سن با سایر فاکتورها، رابطه آماری معنی داری بین سن و میزان آگاهی، سن و میزان نگرش وسن و ارزیابی از نتایج، مشاهده نشد، همچنین بین میزان تحصیلات و آگاهی و نگرش و ارزیابی از نتایج نیز رابطه آماری معنی داری مشاهده نشد .

ولی بین میزان آگاهی وارزیابی از نتایج رابطه آماری معنی داری وجود داشت ($p<0.05$) . همچنین بین میزان ارزیابی از نتایج و نگرش نیز رابطه آماری معنی داری وجود داشت ($p<0.05$ ).

در زمینه توزیع نرمهای انتزاعی(مراجعی که نظر آنها برای مادران اهمیت بیشتری داشت)، پزشکان در درجه اول ، شوهردر درجه دوم و مادر، دوستان ، کتاب، رسانه های گروهی وکارمندان بهداشتی به ترتیب در رتبه های بعد قرار داشتند (جدول شماره۱).

در زمینه انگیزه برای اطاعت (میزان حرف شنوی مادران از این مراجع) نیز از همین ترتیب پیروی می کرد(جدول شماره ۲).

و اما در زمینه پیشنهاد برای انتخاب نوع زایمان در بین نرمهای انتزاعی ۶۲/۱ درصد پزشکان ، ۶۰ درصد شوهران، ۶۶/۶ درصد مادران و۶۳/۳ درصد دوستان و آشنایان زایمان طبیعی را روش بهتری برای زایمان می دانستند.

در زمینه قصد برای انجام زایمان ۴۵ درصد مادران بیان کردند احتمالا زایمان طبیعی انجام خواهند داد، ۲۰ درصد مادران قصد احتمالا سزارین ، ۲۷/۹ درصد قصد قطعا طبیعی و۷/۱ درصد قصد قطعا سزارین کرده بودند.

[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12 ]

**جدول شماره۱:توزیع فراوانی نسبی نرمهای انتزاعی در مادران باردار**

| نرمهای انتزاعی | درصد |
|---|---|
| پزشک | ٪۵۵ |
| شوهر | ٪۱۲/۲ |
| مادر | ٪۸/۸۵ |
| دوستان | ٪۷/۴۵ |
| کتاب | ٪۶/۰۵ |
| رسانه های گروهی | ٪۴/۴ |
| کارمندان بهداشتی | ٪۲/۷۵ |
| غیره | ٪۳/۰۵ |
| کل | ٪۱۰۰ |

**جدول شماره ۲ :توزیع فراوانی نسبی انگیزه برای اطاعت در مادران باردار**

| انگیزه برای اطاعت | درصد |
|---|---|
| پزشک | ٪۵۴/۷ |
| مادر | ٪۱۲/۷ |
| شوهر | ٪۱۳ |
| دوستان | ٪۱۱/۵ |
| کارمندان بهداشتی | ٪۲/۹ |
| غیره | ٪۷/۱ |
| کل | ۱۰۰ |

## بحث و نتیجه گیری

همانگونه که ذکر شد در تحقیق حاضر رابطه آماری معنی داری بین سن و میزان تحصیلات با نمرات آگاهی، ارزیابی از نتایج ، نگرش و قصد مشاهده نشد. در این رابطه فیشر[1] و همکاران (۱۹۹۵) معتقدند که علاوه برسن، وضعیت مالی مناسب، سطح تحصیلات ، فرهنگ و شخصیت بالای مادران از عوامل موثر در افزایش مداخلات مامایی در امر زایمان، از جمله درخواست عمل سزارین محسوب می شود(۹).

شاید علت عدم وجود رابطه بین سن وتحصیلات و میزان آگاهی و نگرش در تحقیق حاضر به این علت است که در گروه مورد مطالعه در این تحقیق فقط کلیه زنان باردار شکم اول وارد شده اند در نتیجه از نظر سنی ومیزان تحصیلات ، مادرا ن باردار تفاوت قابل ملاحظه ای با یکدیگر نداشتند.

میانگین نمره آگاهی مادران ۵۲/۷ از۱۰۰و نمره نگرش،۵۰ از ۸۰ بود که با توجه به بالا بودن میزان تحصیلات مادران (۵۸/۶ درصد در مقطع دبیرستان) این موضوع اهمیت کار در جهت افزایش میزان آگاهی و بهبود نگرش نسبت به زایمان طبیعی را نشان می‌دهد (با توجه به اینکه سطح تحصیلات کلیه مادران مطمئنا از این مقدار بسیار پایین تر است).

در تحقیقی از یارندی وهمکاران نیز در بررسی آگاهی ونگرش خانمهای باردار نسبت به روشهای زایمانی در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران نتایج نشان داد که میزان آگاهی اکثریت خانمهای باردار مراجعه کننده نسبت به روشهای زایمانی در حد متوسط می باشدکه این مسئله می تواند مبین عدم کفایت آموزشهای لازم در دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی باشد(۱۰).

در زمینه هنجارهای انتزاعی همانگونه که مشاهده شد مهمترین فرد برای اکثر مادران پزشک و در درجات بعدی شوهر، مادر و دوستان قرار داشتند و انگیزه برای اطاعت نیز از همین ترتیب تبعیت می کرد که این موضوع نقش مهم پزشکان را در این مورد نشان می دهد.

در مطالعه ای از فرجی۷۰ درصد زنان ، پزشک را عامل تعیین روش زایمان دانستند، یعنی نگرش پزشک در انتخاب روش زایمانی بسیار تاثیر گذار است(۱۱).

می توان گفت میزان دخالت پزشک در افزایش میزان سزارین طی دهه های گذشته به حدی بوده است که برخی محققین ، مهمترین علت در تصمیم به

1. Fisher



[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12 ]

سزارین را قضاوت پزشک وشرایط محیطی حاکم بر وی دانسته اند ونه شرایط زایمانی بیمار(۱۳،۱۲).

همچنین فرهنگ تغییر یافته برخی جوامع(۱۲) واصرار بیمار و خانواده وی نیز در اتخاذ تصمیم پزشک در انجام سزارین بی تاثیر نبوده و از علل افزایش میزان سزارین می باشد.

در زمینه قصد برای انجام زایمان همانگونه که مشاهده می شود فقط ۷ درصد مادران قصد قطعا سزارین و۲۰ درصد قصد احتمالا سزارین داشتند در حالیکه اکثر مادران (حدود ۷۰ درصد) بیشتر متمایل به زایمان طبیعی بودند .

با توجه به تمایل مادران برای انجام زایمان طبیعی، همچنین سوگیری اکثر نرمهای انتزاعی به زایمان طبیعی(بیش از ۶۰ درصد)، این موضوع اهمیت تحقیق و تفحص بیشتری را نشان می دهد که چرا بیش از ۵۰ درصد مادران در نهایت سزارین انجام می دهند ، در حالی که دلایل پزشکی نیز تنها ۱۰-۱۵ درصد موارد را برای انجام سزارین موجه می داند. لذا پیشنهاد می شود در تحقیقات بعدی ضمن بررسی بیشتر سایر شرایط نظیر شرایط بیمارستانی، شرایط پزشکان ، علت واقعی سزارینهای انجام شده و انجام طرحهای مداخلاتی در این زمینه ها به راهکارهایی در جهت کاهش میزان سزارین دست یابیم.همچنین با توجه به اینکه این موضوع صرفا یک موضوع شخصی نیست و سایر فاکتورهای فردی از جمله آگاهی، نگرش وفاکتورهای اجتماعی نظیر شرایط و اوضاع حاکم و افراد تاثیر گذار نیز موثر هستند توصیه می شود از مدلهای مطالعه رفتار و ترجیحا مدل قصد رفتاری در این زمینه استفاده گردد.

## منابع :


۱- اسکات و جیمز. بیماری های زنان و مامائی دنفورث. ترجمه کبیر نشاندار، تهران، انتشارات چهر، ۱۳۷۵.

2- David H, Norman J. Gynecology illustrated. 5th edition, Churchill Livingstone Co, London 2000; 301-38.

3-Malcolm S, Ian M. Essential obstetrics and Gynecology. Third edition, Churchill Livingstone Co, 1998; 85-116, 325-366.

۴- کانینگهام مک دانلد. بارداری و زایمان ویلیامز. ترجمه غلامرضا باهوش، محسن اسفند بد و علی زاهدی، چاپ بیستم، انتشارات اشتیاق، ۱۳۷۶.

۵- گزارش طرح پایش و ارزشیابی بهداشت باروری. مرکز بهداشت استان اصفهان، سال۱۳۸۴ص۵-۱

6- Brown, Kelli Mc. Theory of reasoned action / planned behavior overview . University of South Florida, 1999.

۷- کارن گلاز، فرانسیس مارکوس، لوئیس باربارا، رفتار بهداشتی و آموزش بهداشت، تئوری پژوهش و عملکرد، ترجمه دکتر فروغ شفیعی، انتشارات لادن،۱۳۷۶، ص۴۱.

۸- کارگاه کاربرد الگوهای آموزش بهداشت در تغییر رفتار، دانشگاه تربیت مدرس، گروه آموزش بهداشت، ۱۳۷۶.

9-Fisher J, Smith A, Astbary J. Private health insurance and a healthy personality: New risk factor for obstetric intervention. *Journal of Psychology, Obstertic and Gynecology.1995:16:1-3.*

۱۰- یاریندی فریبا ؛ رضایی، زهرا؛ افتخار، زهرا و همکاران. بررسی آگاهی و نگرش خانمهای باردار نسبت به روشهای زایمانی در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران سال۱۳۷۸. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۸۱،سال یازدهم ، شماره ۴۲: ۱۵-۲۱*

۱۱- فرجی رویا، ظهیری زیبا، فرجاد فاطمه.بررسی میزان آگاهی ونگرش خانمهای باردارنسبت به روشهای زایمانی . *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان،۱۳۸۲ ، سال دوازدهم، شماره ۴۶: ۶۹ – ۷۵.*

12- Anderson GM., Loams J. Explaining variations in cesarean section rates, patients,facilities or policities?. *Can Med Assos, J.1985; 132:253-6.*

13- Singer A. Mandatory regular meeting of hospital staff would complement medical audit and revalidation. *BMJ.2000;320:1072.*


[ Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12 ]