

## ***Behavioral Beliefs about Cesarean Section According to the Theory of Planned Behavior in Pregnant Women***

Parvin Rahnama<sup>1</sup>,  
Khadijeh Mohammadi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Lecturer, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

(Received January 26, 2014 ; Accepted March 20, 2014)

### ***Abstract***

**Background and purpose:** Cesarean delivery on maternal request is so common in Tehran, Iran. Behavioral beliefs have an important role in the intention of selective cesarean and could influence the choices for educational training. The aim of this study was to determine the behavioral beliefs about cesarean section based on Theory of Planned Behavior (TPB) in pregnant women.

**Materials and methods:** A qualitative study with purposive sampling was designed in which data was collected through in-depth interviews. The interviews were recorded and then transcribed. Content analysis was performed in which exploratory interviews were performed according to the principles of TPB. Afterwards, the information was coded and each interview was analyzed.

**Results:** A total of 36 women (mean age  $27.8 \pm 4.5$ ) was interviewed. Two main themes were extracted from the interviews: positive and negative beliefs about cesarean section. Then four sub themes were explored including long term and short term complications, and long term and short term advantages of cesarean section.

**Conclusion:** In this study women had both true and false beliefs about caesarean section. Thus, health care providers should be aware of misunderstandings about caesarean section among pregnant women.

**Keywords:** Theory of Planned Behavior, cesarean section, qualitative study

J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(122): 169-178 (Persian).

## تعیین باورهای رفتاری در ارتباط با سزارین بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده: یک مطالعه کیفی

پروین رهنما<sup>۱</sup>  
خدیجه محمدی<sup>۲</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** تقاضای مادر برای انجام سزارین به منظور ختم حاملگی در شهر تهران یکی از شایع ترین دلایل انجام سزارین است. بنابراین تعیین باورهای رفتاری زنان در ارتباط با سزارین انتخابی می تواند نقش مهمی در انتخاب نوع مداخلات آموزشی برای مادران داشته باشد. لذا هدف مطالعه حاضر تعیین باورهای رفتاری زنان حامله نسبت به ختم حاملگی به روش سزارین با استفاده از تئوری رفتار برنامه ریزی شده می باشد.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه کیفی نمونه گیری به روش مبتنی برهدف انجام شد و اطلاعات از طریق مصاحبه عمیق جمع آوری شد. چارچوب تئوریک مطالعه تئوری رفتار برنامه ریزی شده بود. در این مطالعه کلیه مصاحبه ها ضبط و کلمه به کلمه نسخه نویسی گردید. جهت تجزیه و تحلیل این بررسی از تحلیل محتوا استفاده شد. روش اجرا آن به این ترتیب بود که با افراد گروه مورد پژوهش بر اساس اصول ارائه شده توسط پدید آورنده تئوری رفتار برنامه ریزی شده (Theory of Planned Behavior) مصاحبه اکتشافی به عمل آمد. پس از جمع آوری اطلاعات، کد گذاری و تجزیه و تحلیل اطلاعات، برای هر مصاحبه انجام گرفت.

**یافته ها:** تعداد افراد مصاحبه شده ۳۶ نفر بامیانگین سن  $27/8 \pm 4/5$  بودند. در این مطالعه دو مضمون اصلی نسبت به سزارین به صورت جداگانه استخراج گردید که شامل باورهای رفتاری منفی، باورهای رفتاری مثبت بود و چهار مضمون فرعی شامل مزایای کوتاه مدت، مزایای طولانی مدت، مضرات کوتاه مدت و بلند مدت از جمله مواردی بودند که نتایج رفتاری حاصل از سزارین را تشکیل می داد.

**استنتاج:** زنان حامله باورهای صحیح و غلطی پیرامون ختم حاملگی به روش سزارین دارند. پرسنل بهداشتی در مراکز پره ناتال و مشاوره باید نسبت به باورهای رفتاری غلط زنان حامله نسبت به سزارین آگاه باشند.

**واژه های کلیدی:** تئوری رفتار برنامه ریزی شده، سزارین، مطالعه کیفی

### مقدمه

شیوع سزارین در دنیا به خصوص کشورهای در حال رشد رو به افزایش است و عوامل اصلی موثر بر آن کاملاً مشخص نشده است. در اوایل دهه ۸۰ شیوع زایمان سزارین، در زنان نخست زای ۲۶/۸ و در زنان

E-mail: Mohammadi@shahed.ac.ir

**مؤلف مسئول:** خدیجه محمدی - تهران: خیابان ولی عصر، تقاطع طالقانی، کوچه رحیم زاده، دانشکده پرستاری مامایی

۱ استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲ مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۴/۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۳۹۳/۵/۶ تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۱۲/۲۰

چندتا ۲۵/۵ درصد، برآورد شد ۸۷ درصد زایمان‌ها در بیمارستان‌های غیر دولتی و ۱۵ تا ۳۹ زایمان‌ها و در بیمارستان‌های دولتی به روش سزارین بود. بود (۱). طبق بررسی‌های وزارت بهداشت و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۴، ۴۰/۶ درصد زایمان‌ها در کشور به طریق سزارین انجام شده است (۲). که این میزان ۳ تا ۴ برابر میزان مورد قبول سازمان بهداشت جهانی می‌باشد. یکی از دلایل انجام سزارین در کشورهای با فرهنگ‌های متفاوت، تمایل مادران برای انجام سزارین (بدون وجود اندیکاسیون‌های طبی) است. این مهم به عنوان یکی از عوامل اصلی در افزایش میزان سزارین مطرح شده است (۳، ۴). ارزیابی شیوع درخواست مادران برای سزارین مشکل است (۵). نتایج مطالعات بیانگر آن است که خواست مادران به طور معنی‌داری بر افزایش میزان شیوع سزارین تاثیر می‌گذارد (۶). و به دلیل اینکه درخواست مادر به عنوان یکی از حقوق اساسی مادر در نظر گرفته می‌شود حمایت از این دیدگاه افزایش یافته است (۷) درخواست مادر برای سزارین انتخابی در مواقعی که اندیکاسیون طبی یا مامایی وجود ندارد به لیست اندیکاسیون‌های سزارین افزوده شده است (۸، ۹). نتایج تحقیق انجام شده در تهران بیانگر آن است که دلیل ۷۲ درصد سزارین‌ها انتخابی بوده است و از بین آن‌ها ۲۲ درصد طبق درخواست مادر صورت گرفته است (۱۰).

شواهد مختلفی وجود دارد که از نقش باور مادر در استفاده از مکانیزم‌های مقابله شناختی در طی زایمان حمایت می‌نماید (۱۱، ۱۲). با توجه به این نکته که انتخاب روش زایمان توسط مادر یکی از عوامل موثر در انجام زایمان می‌باشد و تحت تاثیر فاکتورهای مختلفی از جمله فاکتورهای روانشناختی، شخصیتی و اجتماعی می‌باشد لذا، عوامل فوق‌الذکر باید مورد توجه قرار گیرد. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بیش‌ترین استفاده را در رویکردهای اجتماعی، شناختی داشته است و می‌تواند در بررسی و تعیین باورهایی که در بطن رفتار انتخاب روش زایمان وجود دارد، مورد استفاده قرار گیرد.

تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، یکی از مهم‌ترین تئوری‌های مطرح شده در ابعاد رفتارهای بهداشتی می‌باشد و تحقیقات زیادی با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در رابطه با موضوعاتی مانند آموزش رفتارهای سالم، فعالیت جسمانی، ترک سیگار، واکسیناسیون و پیشگیری از بیماری‌هایی مانند ایدز، سرطان، سل و تنظیم خانواده انجام شده است (۱۳). یکی از عوامل پیشگویی‌کننده قصد رفتاری، اعتقادات رفتاری یعنی باور فرد در مورد نتیجه انجام یک رفتار و ارزشیابی پی‌آمدها یعنی ارزشی که فرد برای نتیجه رفتار مورد نظر قائل می‌شود است. بعضی اعتقادات رفتاری از تجارب مستقیم سرچشمه می‌گیرند، برخی از طریق کسب اطلاعات و برخی دیگر به صورت خود تولیدی در فرد به وجود می‌آید. همان‌گونه که ذکر شد باور افراد نقش مهمی در تصمیم‌گیری مادران دارد و با تعیین باورهای زمینه‌ای افراد گروه مورد مطالعه، محقق می‌تواند در رابطه با اصول شناختی پاسخ‌دهنده‌ها از رفتار مورد نظر بینش کافی به دست آورد (۱۴). به منظور پیشگویی قصد و رفتار و ایجاد مداخلات موثر و تغییر قصد و رفتار را در افراد یک جامعه ضروری است که باورهای برجسته از جمعیت هدف استخراج گردد (۱۵). تحقیقات نشان داده‌اند که موثرترین برنامه‌های آموزشی مبتنی بر رویکردهای تئوری محور هستند که از الگوهای تغییر رفتار ریشه گرفته‌اند این الگوها برای طراحان برنامه‌ها مفید هستند چرا که جنبه‌های بخصوصی را برای مداخلات آموزشی پیشنهاد می‌کنند. بنابر این انتخاب یک الگوی آموزش بهداشت، اولین گام در فرآیند برنامه‌ریزی یک برنامه آموزشی است. از آنجایی که تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده یک تئوری باورمحور می‌باشد لذا درک باورها در گروه مورد پژوهش و تعیین اثر آن‌ها بر قصد افراد مذکور می‌تواند نقش مهمی در تدوین برنامه آموزشی تئوری محور داشته باشد. بر اساس این تئوری، قصد رفتاری اصلی‌ترین تعیین‌کننده رفتار می‌باشد و قصد رفتاری خود تحت تاثیر یکی از

مهمترین باورها یعنی باورهای رفتاری و نتایج حاصل از آن می‌باشد (۱۶). در این بخش از مطالعه هدف انجام قسمت اول مراحل مذکور می‌باشد که در این بخش باور زنان در ارتباط با سزارین بر اساس چارچوب مفهومی تئوری رفتار برنامه ریزی شده استخراج می‌شود در این بخش می‌توان باورهایی که انجام سزارین را پیشگویی می‌کند استخراج نمود. مطالعات تئوری محور اندکی در ارتباط با سزارین انجام شده و اکثر مطالعات کمی در این زمینه در خارج از کشور صورت گرفته است لذا به نظر می‌رسد بررسی باورهای زنان باردار در ارتباط با سزارین و انجام مطالعات هدف مند در این زمینه ضرورت دارد.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی به منظور استخراج باورهای رفتاری زنان حامله نسبت سزارین انجام گرفت. از آنجایی که مطالعه بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده انجام شده است لذا مراحل انجام آن بر اساس پیشنهاد پدیدآورنده نظریه طراحی و اجرا گردید (۱۷). نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود و از بین زنانی که به ۵ درمانگاه پره نائال واقع در بیمارستان‌ها در مناطق مختلف تهران مراجعه می‌کردند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه، سن بین ۱۸ تا ۳۵ سال، حاملگی کم خطر (عدم وجود بیماری مزمن مانند بیماری‌های قلبی، پرفشار خونی، بیماری‌های ریوی، آنمی فقر آهن، دیابت، آنمی، عفونت‌های مجاری ادراری- تناسلی، بیماری‌های مربوط به تیروئید، صرع)، داشتن شاخص توده بدنی مناسب، عدم استفاده از داروی خاص و سن حاملگی بیش از ۳۲ هفته بود. بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده تعداد نمونه برای انجام مطالعه اکتشافی حداقل ۲۵ نفر برای انجام مصاحبه و تعیین باورها می‌باشد (۱۵). نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها و عدم دستیابی به داده‌های جدید ادامه یافت. پیش از اجرای مصاحبه با خانم‌ها در مورد هدف مطالعه صحبت شد و از آنان رضایت

شفاهی و آگاهانه کسب شد. شرکت افراد در مطالعه کاملاً داوطلبانه بود و شرکت کنندگان هر زمانکه تمایل داشتند، می‌توانستند از مصاحبه خارج شوند. قبل از انجام مصاحبه هدف از مطالعه به اطلاع شرکت کنندگان رسانده شد و تأکید گردید که ارائه اطلاعات واقعی موجب اعتبار بخشیدن به انجام پژوهش خواهد شد. مدت زمان مصاحبه بین ۳۵ تا ۴۵ دقیقه بود. انجام مصاحبه در اتاقی که به منظور آموزش مادران باردار از آن استفاده می‌شد صورت گرفت. مصاحبه در شرایطی صورت گرفت که شرکت کنندگان از نظر جسمی و روحی آمادگی داشتند. انجام مصاحبه توسط یکی از همکاران طرح صورت گرفت. به شرکت کنندگان اطمینان داده می‌شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد بود، هویت و مشخصات آن‌ها نیز در مطالعه گزارش نخواهد شد. کلیه مصاحبه‌ها ضبط شد و سپس کلمه به کلمه نسخه گردید (۱۸). سوالات به صورت باز از افراد پرسیده شد. در ارتباط با نگرش غیرمستقیم افراد و به عبارتی باورهای رفتاری افراد سوالات شامل مزایا و مضرات سزارین بود همچنین از افراد درخواست می‌شد، چنانچه مطلب دیگری در ارتباط با سزارین دارند، مطرح نمایند. جهت تجزیه و تحلیل این بررسی از تحلیل محتوا استفاده شد. تحلیل داده‌ها از همان مصاحبه اول و به موازات انجام مصاحبه‌ها شروع شد (تحلیل همزمان بدین صورت که یادداشت‌ها چندین بار مطالعه شد تا درکی کلی از متن به دست آید و سپس متن خط به خط خوانده می‌شد. ابتدا کدگذاری سطح اول انجام می‌شد به این صورت که جملاتی که پاسخ سوالات مطرح شده در مصاحبه بودند مشخص می‌شد. سپس به مفاهیم اصلی در این جملات یک مضمون داده می‌شد با مقایسه مضامین با یکدیگر فهرستی از مضامین اصلی و زیر مضامین‌ها به دست آمد و سپس مضامین اصلی با معنای مشابه با یکدیگر دسته‌بندی می‌شدند و طبقات تشکیل می‌شد. کدبندی و تعیین طبقات توسط محققین انجام شد و سپس مضامین تعیین شده توسط محققین با یکدیگر

بوده است (جدول شماره ۲).

#### ۱- باورهای رفتاری منفی

##### ۱-۱ عوارض کوتاه مدت

از باورهای رفتاری منفی و عوارض کوتاه مدت که توسط افراد مطرح شد درد بعد از انجام سزارین بود تقریباً اکثر افراد این اعتقاد را داشتند که انجام زایمان به روش سزارین می‌تواند منجر به درد در رحم و درد ناشی از ترمیم زخم گردد.

"سزارین یک عمل جراحی دیگه، می‌گن بعدش آدم درد داره چون خط زایمانشون درد می‌کنه چون می‌خواد جوش بخوره خود رحم هم درد داره" (خانم حامله ۳۰ ساله، تعداد حاملگی ۲، زایمان اول طبیعی).

"توسزارین درد بعدش هست ترجیح می‌دم اون درد بعد از سزارین را نداشته باشم اون اذیتی که می‌شن بعد از سزارین درد داری و سرفه میکنی انگار دل و جگر ت میخواد بیاد تو دهن ت و بخیه‌ها ت درد میکنه، شکمت درد میگیره خواب راحتی نداری" (خانم حامله، ۳۲ ساله، تعداد حاملگی ۲، سزارین قبلی).

هم‌چنین تعدادی از آن‌ها این باور را داشتند که بیهوشی می‌تواند تاثیر منفی روی مادر و جنین داشته باشد.

"از عوارض سزارین خب اون داروی بیهوشی که مصرف می‌کنن تأثیری که در مادر می‌ذاره، امکان بیهوش نیامدنش اینا هم هست" (زن حامله ۳۸ ساله، حاملگی سوم، سزارین قبلی)

"تو زایمان سزارین ممکنه رو بیهوشیش ادم نتونه بلافاصله به بچش شیر بده اگه بیهوشت بکنند شنیدم ممکن است چند ساعت تا یه روز هم نگذارن بچه رو شیر بدی سزارین فقط همین بیهوشیش" (زن حامله ۲۸ ساله، حاملگی اول)

"تو سزارین بخیه داری و مشکلات بشین پاشو داری بعد هم به خاطر اون بیهوشی و مواد بی‌حس کننده نمیدارن به بچه شیر بدی نمی‌تونن بلافاصله به بچه بدی" (زن حامله ۳۰ ساله، حاملگی دوم، سزارین قبلی).

مقایسه شد. در موارد اختلاف بعد از بحث بین محققین و ناظر خارجی رسیدن به اجماع مضامین نهایی تعیین شد. راه کارهایی که برای اعتبار بخشی به نتایج استفاده شد شامل شنیدن مکرر مصاحبه‌ها، مصاحبه‌های طولانی و استفاده از نظرات همکاران بود. به منظور اعتبار بخشی به نتایج با خواندن مکرر مصاحبه‌ها و استفاده از نظرات همکاران در ۵ مصاحبه اول که طی دو روز انجام شده بود صورت گرفت. همچنین از یکی از همکارانی که در ارتباط با تئوری رفتار برنامه‌ریزی مطالعه داشت برای افزایش پایایی استفاده شد. به این معنی که بخشی از داده‌ها به محقق که ارتباطی با پژوهش نداشته و به منزله یک ناظر خارجی بود داده شد تا مشخص شود آیا او نیز درک مشابهی از داده‌ها دارد. مصاحبه از سوالات ساده نظیر سن، مدت ازدواج، تعداد زایمان، شغل، میزان تحصیلات شروع و با سوالات پیچیده‌تر ادامه می‌یافت.

## یافته‌ها

در مطالعه انجام شده نمونه‌گیری به منظور اشباع داده‌ها تا ۳۶ نفر ادامه یافت. میانگین سن آن‌ها  $27/8 \pm 4/5$  سال بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: خصوصیات دموگرافیک جامعه پژوهش

درصد	تعداد (۴۶)	سن (انحراف معیار میانگین)
۸۳	۳	تحصیلات زن ابتدایی
۶۱/۱	۲۲	متوسطه
۳۰/۶	۱۱	بالا تر
۱۳/۹	۵	تحصیلات همسر ابتدایی
۴۴/۴	۱۶	متوسطه
۴۱/۷	۱۵	بالا تر
۸۳/۳	۳۰	اشغال زن خانه دار
۱۷/۷	۶	شاغل
۷۲/۲	۲۶	وضعیت بیمه دارد
۲۷/۷	۱۰	ندارد

### الف- باورهای رفتاری

باورهای رفتاری که در واقع شامل نتایج حاصل از انجام رفتار می‌باشد که در مطالعه حاضر باور افراد در مورد نتایج حاصل از انجام زایمان به روش سزارین

جدول شماره ۴: توصیف طبقات و کدها در مورد باورهای رفتاری نسبت به سزارین

طبقات اصلی	طبقات فرعی	مضامین اصلی	کدها
			زیر مضامین
			وجود درد طولانی پس از سزارین نسبت به زایمان طبیعی درد رحم پس از سزارین درد محل عمل سزارین وجود بخیه بعد از سزارین تأثیر منفی بیهوشی روی مادر و نوزاد طولانی تر بودن ترمیم زخم نسبت به زایمان طبیعی کاهش فعالیت و تحرک بعد از سزارین نیاز به استراحت بیشتر بعد از عمل سزارین باز شدن شکم توسط عمل جراحی عقوبت محل عمل عدم به هوش آمدن مادر بعد از سزارین عدم توانایی در شیر دادن ترس از سزارین به دلیل عوارض آن افزایش احتمال سکنه به دلیل انعقاد در رگها هزینه بالای سزارین خونریزی زیاد در مادر بازگشت دیر تر به زندگی عادی نسبت به زایمان طبیعی ترس از سزارین به دلیل عوارض آن افزایش احتمال سکنه به دلیل انعقاد در رگها هزینه بالای سزارین
		الف) عوارض کوتاه مدت	
	۱- باورهای رفتاری منفی		
باورهای رفتاری			
			عوارض بخیه بعد از سزارین عدم توانایی در انجام کارهای سنگین باقی ماندن اسکار محل جراحی چسبندگی رحم چسبندگی داخل شکم عدم امکان زایمان طبیعی در زایمان بعدی عوارض طولانی مدت بعد از سزارین مشکلات رحمی بعد از سزارین کیست تخمدان بعد از سزارین کمردرد بزرگ باقی ماندن شکم عوارض بعد از بیهوشی از ناحیه کمر شل شدن شکم
		ب) عوارض بلند مدت	
	۲- باورهای رفتاری مثبت		
			احساس درد کمتر زایمان راحت عدم وجود درد مشخص بودن زمان بلدیا آمدن کودک کاهش استرس در مادر ایمنی بیشتر برای نوزاد در سزارین برطرف شدن درد بعد از سزارین با مسکن سلامت نوزاد با انجام زایمان طبیعی
			ارجحیت بخیه و جراحی سزارین به بخیه زایمان طبیعی ترمیم بهتر لایه های برش خورده نسبت به زایمان طبیعی عدم آسیب دستگاه تناسلی عدم وجود اسکار بر روی پوست عدم وجود عوارض در سزارین
		ب) نتایج مثبت بلند مدت	

۱-۲. عوارض طولانی مدت

"بخیه که می زنن جاش می مونه بخیه سزارین طولانی تر از طبیعی، و دیرتر جوش می خوره. از این حرفا که مهم نیست چسبندگی رحم به وجود میاد بیش تر از دو تا بچه ادم نمیتونه با سزارین بیاره به خاطر اون چسبندگی رحم" (۳۳ ساله، حاملگی دوم، زایمان

از باورهای رفتاری منفی که در اکثر موارد توسط شرکت کنندگان مطرح شد عوارض طولانی مدت ناشی از انجام سزارین بود. از جمله مشکلات و عوارض مطرح شده چسبندگی ناشی از عمل جراحی بود.

قبلی طبیعی). هم‌چنین در بسیاری از موارد نیز بیان می‌کردند که زنانی که سزارین می‌کنند دچار کمردرد می‌شوند هم‌چنین ایجاد شدن کیست تخمدان را از عوارض طولانی مدت سزارین می‌دانند.

"اون‌هایی که سزارین می‌کنن بعدا تخمدونشون کیست ساز می‌شه و عوارض بعد از سزارین خیلی بده، الان من پسر هفت سالشه ولی هنوز من نمی‌تونم به کمد رو راحت جابه‌جا یا مثلاً اگر صبح به خورده دیدتر پاشم از خواب، کمرم اصلاً خشک میشه، به خاطر آمپول بی‌حسی که به کمر می‌زنند،" (زن حامله، ۳۰ ساله، حاملگی دوم، سزارین قبلی، یک سقط).

## ۲- باورهای رفتاری مثبت

### ۱-۲. نتایج مثبت کوتاه مدت

باورهای رفتاری مثبت نیز در بین زنان حیطه‌های مختلفی را شامل می‌شد تعدادی از باورهای مثبت مربوط به نتایج ناشی از انجام عمل جراحی سزارین برای نوزاد بود. "مثلاً برای ایمنی بیش‌تر برای نوزاد، بله، عمل را انجام میدن. خوبی دیگر سزارین اینست که هر وقت که بخواهی می‌توانی بچه ات را بدنیا بیاری، زمانش مشخص و دیگه نگرانی نداری" (زن حامله ۳۵ ساله، حاملگی سوم، زایمان قبلی سزارین).

هم‌چنین از باورهای مثبت دیگری که در بین مشارکت‌کنندگان در تحقیق شایع بود عدم وجود درد در طی تولد نوزاد بود گرچه همگی باور داشتند بعد از انجام سزارین درد را تجربه خواهند کرد.

"احساس می‌کنم ارزشش را نداره واقعا بخوام چند ساعتی خیلی عذاب بکشم (در زایمان طبیعی)، ترجیح می‌دم بی‌درد برم زایمان (سزارین) کنم بیام بیرون" (حامله ۲۴ ساله، حاملگی اول).

### ۲-۲. نتایج مثبت طولانی مدت

از باورهای رایج و شایع این بود که در زایمان از طریق سزارین تغییر آناتومیکی دردستگاه تناسلی ایجاد نمی‌شود و در آینده فرد دچار اختلالات جنسی نخواهد

شد. "در سزارین خیلی چیزها باعث می‌شه که زن‌ها مشکلات کم‌تری داشته باشن مثلاً در مورد مشکلات با شوهرشون، بچه از پایین به دنیا نمی‌یاد که به رحم آدم فشار بیاد (واژن) و شل بشه همه چیز مثل اول باقی می‌مونه". (زن حامله ۳۰ ساله، حاملگی اول). از نکات مثبت طولانی مدت مطرح شده نوع برش انجام شده و ترمیم آن در جراحی سزارین است. در جراحی سزارین درسته که برش طولانی‌تر است ولی چون تو هفت لایه می‌دوزن خوب و مرتب جوش می‌خوره و جاش نمی‌مونه محلش هم زیر شکم که معلوم نمی‌شه ولی تو زایمان طبیعی. (زن ۲۷ ساله، حاملگی سوم، دو سقط).

## بحث

نتایج مطالعات بیانگر آن است آنچه که به طرز بارزی در انتخاب روش زایمان موثر است، باور رفتاری افراد است. در نتیجه در این مطالعه بر اساس پیشنهاد Noar تئوری رفتار برنامه ریزی شده که یک تئوری باور محور است، به منظور استخراج باور گروه هدف در ارتباط با ختم حاملگی به روش سزارین مورد استفاده قرار گرفت (۱۸).

باورهای مثبت نسبت به انجام سزارین در این مطالعه شامل باورهای مثبت کوتاه مدت و بلند مدت بود که می‌تواند نگرش افراد را نسبت به انجام زایمان از طریق سزارین شکل دهد. در یک مطالعه کمی در رشت در بین ۲۱۰ مادر حامله ۹۲ درصد آن‌ها باور داشتند که بعد از سزارین درد خواهند داشت (۱۹). هم‌چنین مطالعه انجام شده توسط Cleeton نشان داد که ۱۵/۴ درصد از واحدهای پژوهش دارای باورهای صحیح مثبت و منفی نسبت به سزارین بودند (۲۰). و در بقیه موارد باورهای آن‌ها صحیح نبوده است. از جمله یکی از باورهای مثبت در مطالعه حاضر کاهش عوارض برای نوزاد در ختم حاملگی به روش سزارین بود. نتایج مطالعات انجام شده بیانگر آن است که حفظ سلامت خود یا فرزند از دلایل مادر برای تقاضای سزارین بوده است (۲۱، ۲۲). از دیگر

باورهای مثبت در مطالعه حاضر راحت بودن انجام سزارین می‌باشد که در پژوهش Johanson و همکاران نیز بیشترین موارد موافق در نگرش مادران نسبت به سزارین، راحت‌تر بودن آن نسبت به زایمان طبیعی بوده است (۲۳). همچنین نتایج مطالعه مذکور بیانگر آن است که کارکنان بهداشتی - درمانی جوانب منفی و خطرات اعمال مامایی نظیر سزارین را برای بیمار کوچک‌تر جلوه می‌دهند و در برخی موارد مادران به اطلاعات درست دسترسی ندارند (۲۳).

باورهای منفی متعددی در این مطالعه نسبت به سزارین گزارش شد که شامل عوارض کوتاه مدت و بلند مدت مربوط به سزارین بود. در زمینه باورهای منفی نسبت به سزارین سایر مطالعات نیز بیانگر آن است که درد بعد از عمل در بین باورها بسیار شایع بوده است (۲۴). همچنین باور منفی نسبت به خطراتی که مادر در طی انجام سزارین متحمل می‌شود نسبت به خطرات جنینی بیش‌تر گزارش شده است (۲۵). در یک مطالعه انجام شده در آرژانتین نیز نتایج نشان داد که باورهای منفی متعددی را زنان باردار برای سزارین در ذهن دارند از جمله این که در سزارین زن نقش فعال ندارد و خواب است و قادر به درک احساس تولد نیست و بعد از زایمان احتمال افسردگی در آن‌ها افزایش می‌یابد. هم‌چنین درد بیش‌تر، خطرات مشابه با هر عمل جراحی دیگر، تاخیر در برقراری ارتباط با نوزاد، عوارض ناشی

از بیهوشی و احساس درد در طی انجام بیهوشی، عبور دارو از شیر و ممنوعیت برای مصرف داروی ضد درد بعد از عمل جراحی از باورهای منفی است که نسبت به سزارین مطرح شده است (۲۶).

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اتخاذ تصمیم افراد در ارتباط با قصد رفتاری و انجام رفتار به باورهای درک شده آن‌ها ارتباط دارد زنان باردار باورهای صحیح و غلطی در ارتباط با ختم حاملگی به روش سزارین دارند. باورهای موجود و ارزیابی باور توسط زنان حامله در تصمیم‌گیری آن‌ها بسیار موثر است لذا تلاش سیستم‌های بهداشتی، رسانه و پرسنل بهداشتی باید در جهت تغییر باورهای غلط باشد پرسنل بهداشتی در مراکز پره ناتال و مشاوره که جزء اولین افرادی هستند که با زن حامله در تماس هستند و برای آن‌ها ارائه خدمت می‌کنند باید نسبت به باورهای رفتاری غلط موجود در زنان حامله نسبت به سزارین برای ختم حاملگی آگاه باشند و تلاش نمایند که به باورهای غلط موجود در بین زنان حامله بپردازند.

## سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از اعضای محترم شورای پژوهشی دانشگاه شاهد به دلیل حمایت و پشتیبانی از اجرای این پژوهش و زنان حامله‌ای که در این طرح مشارکت نمودند ابراز می‌نماید.

## References

1. Garmarody G, Eftekhar H, Batebi A, Batebi A. Study of predisposing factor for cesarean section in pregnant women. Payesh 2002; 1: 45-49 (Persian).
2. Family health and population office of Ministry of health: Report- new system monitoring and evaluation of fertility health; 2005 (Persian).
3. Dobson R. Caesarean section rate in England and Wales hits 21 percent. BMJ 2001; 323(7391): 951.
4. Langer A, Villar J. Promoting evidence based practice in maternal care. BMJ 2002; 324: 928-929.
5. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. A comparative study of the experience of child birth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. Sex Reprod Healthc 2011; 2(3): 93-99.



6. McCourt CH, weaver J, Stham H, Beake S, Gamble J, Debra K. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth* 2007; 34(1): 65-80.
7. Bergholt T, Qstberg B, Legart J, Weber T. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: Anation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(3): 262-266.
8. Angega ACE, Washington AE, Vargas JE, Gomes R, Rojas I, Caughey AB. Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why? *BJOG* 2006; 113(11): 1253-1258.
9. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). National institute of clinical excellence. Caesarean section: clinical guideline 13 London 2004.
10. Mohammadian A, Shariat M, Mahmoody M. The influence of maternal request on the elective cesarean section rate in maternity hospitals in Tehran. *Payesh* 2003; 2(2): 133-139 (Persian).
11. Lowe, NK. Maternal confidence for labour: Development of the childbirth self-efficacy Inventory. *Res Nurs Health* 1993; 16(2): 141-149.
12. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2000; 21(4): 219-224.
13. Evans D, Norman P. Predicting adolescent pedestrian's road crossing intention: an application and extension of the theory of planned behavior. *Health Educ Res* 2003; 18(3): 267-77.
14. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. USA: New York: McGraw Hill; 1991. p. 179-211.
15. Sutton S. Using the theories of reasoned action and planned behaviour to develop health behaviour interventions: problems and assumptions. (in press) 2000.
16. Butler JT. Principles of Health education and Health promotion. 3<sup>rd</sup> ed. U.S.A: Morton Publishing; 2001. p. 233-234.
17. Frahncis JJ, Eccles MP, Johnston M, Walker AE, Grimshaw JM, Foy R, et al. Cnstructing questionnaires based on the theory of planned behaviour may. Newcastle upon Tyne, UK: Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne; 2004.
18. Noar SM. A health educator's guide to theories of health behavior *Int Q Community Health Educ* 2006; 24(1): 75-92.
19. Khakbazan Z, Babaei Gh, Noori ST, Jamshidi Evanaki F. Reaons of choosing Cesarean section as the delivery method by the pregnant women referred to health- treatment centers in Rasht. *Hayat* 2004; 10(3): 50-60 (Persian).
20. Cleeton ER. Attitudes and beliefs about childbirth among college students: results of an educational intervention. *Birth* 2001; 28(3): 192-200.
21. Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 2000; 27(4): 256-263.
22. Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth* 2007; 34(1): 32-41.
23. Johanson RB, El-Timini S, Rigby C, Young P, Jones P. Caesarean section by choice could fulfil the inverse care law. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 97(1): 20-22.

- 
24. Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 2000; 27(4): 256-263.
25. Osis MJ, Padua KS, Duarte GA, Souza TR, Faúndes A. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 75(Suppl 1): S59-66.
26. 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.