

بررسی نگرش زنان باردار نسبت به سزارین و عوامل اجتماعی - فرهنگی مرتبط با آن

مجید موحد^{۱*}، صدیقه البرزی^۲، روح اله مظفری^۲

۱- دانشیار بخش جامعه شناسی دانشگاه شیراز

۲- کارشناس ارشد جمعیت شناسی دانشگاه شیراز

چکیده

انجام عمل سزارین در عین حال که می تواند در شرایط بحرانی جان مادر و نوزاد را از مرگ و مشکلات احتمالی نجات دهد، اما بکارگیری نابجای آن عوارض غیرقابل جبرانی دارد. امروزه نرخ سزارین بیشتر از حد قابل قبول آن گزارش می شود و با افزایش بی رویه آن در جهان و از جمله ایران مواجه هستیم. با توجه به نقش نگرش در انجام رفتارهای بهداشتی، در این مطالعه به دنبال بررسی نگرش نسبت به سزارین و عوامل مرتبط با آن هستیم. جامعه آماری زنان باردار ساکن شیراز و حجم نمونه با استفاده از جدول لین ۶۰۰ نفر است. روش نمونه گیری طبقه ای چندمرحله ای است و با استفاده از پرسشنامه، اطلاعات جمع آوری و با نرم افزار SPSS و تکنیک های رگرسیون، رگرسیون چند متغیره و آزمون T به تجزیه و تحلیل داده ها پرداخته شده است. طبق یافته های این مطالعه، ۱۲ درصد درصد از زنان باردار دارای نگرش مثبت، ۶۹ درصد درصد دارای نگرش میانه و ۱۹ درصد نیز دارای نگرش منفی نسبت به سزارین بوده و آمار استنباطی حاکی از آن است که فرضیات تحقیق درباره ارتباط سن، سابقه

سزارین در فامیل، نوع زایمان قبلی، محل مراقبت‌های بارداری و آگاهی از سزارین با نگرش به سزارین، تأیید شد. رگرسیون چند متغیره نیز نشان داد که متغیرهای نوع زایمان قبلی، محل مراقبت‌های بارداری و آگاهی از سزارین به ترتیب به معادله وارد شدند. با توجه به یافته‌های تحقیق ضروری است تا جهت مقابله با افزایش بی رویه و رسیدن به حد مطلوبی از سزارین نگرش زنان مد نظر قرار گرفته و با اقدامات لازم، شاهد بهبود نگرش به زایمان طبیعی باشیم.

واژه‌های کلیدی: نگرش - سزارین - زایمان - عوامل اجتماعی و فرهنگی.

مقدمه

سلامتی از جمله موضوعاتی است که دارای تعاریف بسیار متعدد و فراوانی است. به طوری که انتخاب یک تعریف جامع و مانع، امری دشوار می‌باشد. جامع‌ترین تعریف سلامتی از نظر سازمان بهداشت جهانی می‌باشد. در واقع سلامتی از نظر سازمان بهداشت جهانی، عبارت است از " موقعیتی که انسان در آن از سلامت فیزیکی، ذهنی و اجتماعی برخوردار باشد " (عضدانلو، ۱۳۸۴). با توجه به تعریف سلامتی از دیدگاه بهداشت جهانی (WHO) متوجه می‌شویم که سلامتی یک موضوع چندبعدی است. حتی امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می‌گیرند و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند. چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر سلامتی اثر می‌گذارند. لذا اقدامات انجام شده برای ارتقاء سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی (جسمی، روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد (حاتمی، ۱۳۸۳). می‌توان گفت که امروزه مسئله سلامت انسان‌ها از حوزه پزشکی فراتر رفته و نقش آن در جای جای زندگی اجتماعی پررنگ‌تر شده است. عوامل اجتماعی همچنین اثر قابل توجهی در رویه‌ای که جوامع با آن منابع، خود را برای مقابله با مخاطرات بهداشتی و عرضه مراقبت‌های پزشکی به مردم سازماندهی می‌کنند، دارد. ارتباط حوزه بهداشت و سلامت با عوامل اجتماعی می‌تواند به این نکته برگردد که افراد و اجتماعات بشری همواره به شیوه‌ای متناسب با فرهنگ، هنجارها و ارزش‌های خود به مسائل بهداشتی درمانی پاسخ می‌دهند. نحوه زندگی فرد و

گروه‌های اجتماعی بر اساس عادات و رسوم، نهادها، ارزش‌های اجتماعی و الگوهای رفتاری طبقات مختلف مردم، روشها و تکنیک‌های داد و ستد، قوانین و مقرراتی که به طور مستقیم و غیر مستقیم در رفتار مردم و رابطه آنان با یکدیگر نفوذ دارد، از جمله عوامل اجتماعی هستند که با سلامت و بیماری افراد و گروه‌های اجتماعی و جامعه رابطه دارد. عادات غذایی و مسائل فرهنگی منع شده نیز از جمله عوامل اجتماعی در رابطه با سلامت و بیماری است (مظلومی، ۱۳۸۳).

سلامت زنان یکی از محورهای بسیار مهم بهداشت و سلامت در هر جامعه است. وقتی سخن از بهداشت و سلامت زنان به میان می‌آید، به دلیل اهمیت و تعیین‌کنندگی سالهای دوران بارداری زنان، آنچه معمولاً کانون توجه قرار می‌گیرد، مفهوم "بهداشت باروری" است. بارداری و زایمان سالم، دغدغه هر زن باردار، همسر و همچنین خانواده و خویشان وی است. سلامت مادر و همچنین نوزاد، آرزوی بزرگی است که مانند سایه‌ای از نگرانی و امید، تا لحظه تولد بر محیط زندگی سایه می‌اندازد. بنابراین می‌توان گفت، با توجه به اینکه زایمان و کسب هویت مادری یکی از زیباترین رویدادهای هر زن محسوب می‌شود، اما در عین حال یک واقعیت تنش‌زا است که گاهی به خاطر دلایل بالینی و در جهت پیشگیری از خطراتی که مادر و نوزاد را تهدید می‌کند، زایمان طبیعی با مشکلاتی روبرو شده و بنابراین سزارین به عنوان یک اقدام ضروری رخ داده و جان مادر و نوزاد را نجات می‌دهد. با نگاهی گذرا به آمار جهانی، ملاحظه می‌کنیم که در طول سالهای اخیر سزارین روند رو به افزایشی داشته است. این در حالی است که سازمان جهانی بهداشت (WHO)، میزان سزارین را تا نرخ ۱۵ درصد مناسب، قابل قبول و طبیعی می‌داند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۸۵). بدان معنی که به طور نرمال ۸۵ درصد از زایمان‌ها می‌توانند به صورت طبیعی رخ دهند و حداکثر ۱۵ درصد از زنان باردار هر جمعیتی قادر به انجام زایمان طبیعی ایمن نبوده و ناگزیر از انجام سزارین به عنوان یک عمل جراحی با قبول خطرات خاص هر عمل جراحی توأم با بیهوشی می‌باشند. با توجه به عوارض و پیامدهای زاینباری که سزارین نسبت به زایمان طبیعی دارد، این اعداد و ارقام و افزایش بی‌رویه آن در سالهای اخیر می‌تواند به عنوان تهدیدی برای سلامت زن، نوزاد، نهاد خانواده و در نهایت جامعه به شمار آید و به صورت یکی از معضلات عرصه بهداشت جلوه گر شود. امروزه

دلایل افزایش سزارین به طور کامل مشخص نبوده و عللی نظیر ترس از درد زایمان، صدمه به لگن و تجربه بد زایمان طبیعی برای آن مطرح است (آمو و همکاران، ۱۹۹۸). مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که، مهمترین دلایل انتخاب سزارین، ترس مادران از درد زایمان طبیعی (ارجمندی و فرزین مقدم، ۱۳۸۶)، باورهای غلط در مورد برتری سزارین، عدم آگاهی از پیامدهای زاینبار آن، نگرش منفی به زایمان طبیعی و نسبت دادن شایعات و عوارض نادرست به آن هستند (نگاهبان، ۱۳۸۵). یکی دیگر از دلایل درخواست مادران برای سزارین، مدرن بودن این روش در مقابل زایمان طبیعی می‌باشد (گوادروس، ۲۰۰۰). بنابراین می‌توان گفت در بسیاری از موارد ضرورت‌های پزشکی منجر به زایمان به شیوه سزارین نمی‌شود. بلکه ناآگاهی یا آگاهی غلط، عقاید و نگرش‌های نادرست، تعیین کننده شیوه زایمان گردیده است. نکته قابل توجه این است که انجام سزارین به خواست زن باردار، همسر و بستگان وی واقعیتی است که فارغ از درستی یا نادرستی آن وجود دارد. به عبارت دیگر امروزه در ارتباطی که میان پزشک و بیمار (زن باردار) وجود دارد، خود بیمار (زن باردار) در تصمیم‌گیری برای هر اقدام پزشکی (زایمان) سهیم است. اما نکته مهم این است که این تصمیم‌گیری پس از دریافت اطلاعات صحیح و مشاوره‌های لازم و کافی انجام گیرد. زیرا عدم آگاهی نسبت به شیوه‌های زایمان و باورهای نادرست منجر به رفتارهای نادرست نیز می‌گردد. متأسفانه در ایران به دلیل باورهای غلط و عدم آگاهی نسبت به شیوه‌های زایمان، سزارین مورد پسند و درخواست زنان قرار گرفته و در واقع با انتخاب این متد، شاهد افزایش روزافزون آن هستیم. با در نظر گرفتن این نکته که انسان‌های سالم، محور توسعه پایدار و زنان پرورش دهندگان انسان‌های سالم هستند، بنابراین بی‌توجهی به سلامت زنان می‌تواند سبب مشکلات پایدار در شیوه زندگی و سلامت نسل‌های آتی می‌شود. در این میان افزایش سزارین و به دنبال آن به خطر افتادن سلامتی مادران و نوزادان در یک جامعه در تمام ابعاد زندگی اجتماعی و کلیت جامعه نفوذ کرده و می‌توان ادعا نمود که آسیب‌های ناشی از عدم سلامتی زنان و فرزندان یک جامعه، تنها قشر خاصی را درگیر نمی‌کند، بلکه تمام نظام اجتماعی را دچار خسارت می‌سازد. بدون تردید در موارد ضروری برای کاهش مرگ و میر مادر و نوزاد، انجام سزارین لازم و ضروری است. اما تحقیقات و بررسی‌های متعدد نشان داده است که چنانچه سیستم نظارتی مشخص برای ارزیابی

سزارین و زایمان طبیعی وجود نداشته و مطالعات علمی در این زمینه اندک باشد، زایمان طبیعی با همه مزایای مشخص غیر قابل انکار جای خود را به عملهای جراحی با عوارض بیشتر خواهد داد. با توجه به نقش نگرش و عوامل اجتماعی-فرهنگی در انتخاب سزارین، این مطالعه تلاشی است تا نگرش نسبت به سزارین و عوامل اجتماعی فرهنگی مرتبط با آن را در میان زنان باردار مورد بررسی قرار دهد.

پیشینه پژوهش

محمدی تبار و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقی به بررسی عوامل مؤثر بر انتخاب روش زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تهران پرداختند. افراد مورد مطالعه ۱۰۰۰ خانم باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تهران به منظور انجام زایمان بودند. جمع آوری اطلاعات از طریق مصاحبه و پرسشنامه انجام گرفت. نتایج مطالعه بیانگر آن بود که زنان ۴/۱ درصد اطلاعات خود را در ارتباط با روش زایمان از طریق رادیو و تلویزیون، ۱۴/۷ درصد از کتاب، ۱۴/۳ درصد از اطرافیان و ۱۳/۳ درصد از پرسنل بهداشتی به دست آورده بودند. همچنین بین شغل، میزان تحصیلات، نوع بیمارستان، سن مادر، ترس از زایمان طبیعی و روش زایمان با منبع کسب اطلاعات ارتباط معنی دار آماری وجود داشت.

نیک پور و همکاران (۱۳۹۱) ارتباط نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان را مورد مطالعه قرار دادند. در این مطالعه ۴۲۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آمل که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی انتخاب شدند و در سه ماه آخر بارداری، پرسشنامه‌ی افسردگی ادینبورگ را تکمیل نمودند. زنان با نمره بالاتر از ۱۲ از مطالعه خارج شدند. ۳۰۰ نمونه در دو و هشت هفته بعد و (EPDS) از زایمان پیگیری و مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ فرمهای مصاحبه مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناسی، زایمان، بعد از زایمان و آزمونهای مجذور SPSS نوزاد را تکمیل نمودند. تحلیل آماری با نرم افزار خی، تی، من ویتنی و مدل خطی عمومی انجام شد. بین دو گروه از نظر تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، رضایت از حمایت همسر و خانواده و حاملگی خواسته و ناخواسته، اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت. شیوع افسردگی در دو هفته بعد از زایمان

۱۰/۳ درصد و در هشت هفته بعد از زایمان ۱۳ درصد بوده است و بین دو گروه از نظر شیوع و میانگین نمره افسردگی در دو و هشت هفته بعد از زایمان، اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت.

باقری و همکاران (۱۳۹۱) به بررسی تعیین عوامل موثر بر انتخاب نوع زایمان توسط زنان باردار در شهرستان کاشان پرداختند. در این تحقیق تحلیل محتوی، اطلاعات به صورت مصاحبه نیمه ساختاری جمع آوری گردید. در نهایت، ۱۱ نفر پزشک و دستیار زنان در مطالعه شرکت کردند. انتخاب شرکت کننده برای متخصصین به روش مبتنی بر هدف بود. دو نفر اول از داوطلبین در دسترس و نفرات بعدی با رعایت تنوع از نظر دیدگاه و سابقه کاری و به پیشنهاد شرکت کنندگان انتخاب می شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها در این مطالعه، به روش شیواکومجرن صورت گرفت. پس از بازخوانی متن داده‌ها، جملات و مفاهیم کلیدی موجود در آن استخراج و طبقه بندی نهایی انجام شد. یافته‌های مطالعه نشان داد که ترس از درد زایمان عامل مهمی در ترغیب بیمار و همراهان وی در انتخاب سزارین است. داشتن تجربه خوب از زایمان قبلی از عوامل موثر در انتخاب زایمان طبیعی ذکر شد. فاکتورهای موثر بر انتخاب نوع زایمان در چهار طبقه شامل عوامل مربوط به بیمار، شرایط زایمان، فرهنگ جامعه و پیامدهای سزارین و زایمان طبیعی قرار گرفته که برخی از آنها تسهیل کننده سزارین و برخی تسهیل کننده زایمان طبیعی بودند.

سادات و همکاران (۱۳۹۱) مقایسه ابعاد کیفیت زندگی پس از زایمان در زایمان‌های طبیعی و سزارین را مطالعه کردند. این مطالعه تحلیلی کوهورت بر روی دو گروه مادران سزارینی (۱۵۰ نفر) و زایمان طبیعی (۱۵۰ نفر) انجام شد. پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 دو و چهار ماه پس از زایمان توسط مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کاشان تکمیل شد. ابعاد پرسشنامه در هر گروه و نیز بین دو گروه مقایسه شد. یافته‌ها نمره بیشتری را در ابعاد عملکرد جسمی و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی دو ماه پس از زایمان و در ابعاد عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی چهار ماه پس از زایمان در گروه زایمان طبیعی نشان داد. میانگین نمره ابعاد سلامت روانی و عملکرد اجتماعی در فاصله دو ماه بطور معنی داری در گروه زایمان طبیعی افزایش یافت. کیفیت زندگی در اکثر

ابعاد در دو گروه از نظر آماری تفاوتی نداشت، اگرچه کیفیت زندگی بهتر به خصوص از نظر سلامت جسمی دو ماه پس از زایمان و از نظر سلامت جسمی و روحی چهار ماه پس از زایمان در گروه زایمان طبیعی مشاهده شد.

تیزیانا^۱ و همکاران (۲۰۰۸) "عوامل اجتماعی مؤثر بر افزایش نرخ سزارین در کشورهای در حال توسعه" را تحت بررسی قرار داده‌اند. در واقع محققان در این تحقیق عوامل گروهی، عرفی و اجتماعی - اقتصادی تأثیرگذار بر عمل سزارین در میان شش کشور بنگلادش، کلمبیا، جمهوری دموونیکن، مصر، مراکش و ویتنام تحت مطالعه قرار می‌دهند. نتایج این تحقیق که مبتنی بر اطلاعاتی از ۲۰۰۰۰ تولد است، نشان می‌دهد که زنانی که دارای زمینه اقتصادی - اجتماعی بالاتر هستند و بهتر به خدمات قبل از تولد دسترسی دارند، تمایل دارند که تحت عمل جراحی سزارین قرار بگیرند، زنانی که اطلاعات بهداشت باروری را با دوستان و فامیل رد و بدل می‌کنند، کمتر تمایل دارند که عمل جراحی سزارین را تجربه کنند، نسبت به زنانی که در شرایط عکس هستند. این مطالعه همچنین نتیجه می‌گیرد که نیاز است تا رهیافت‌های اجتماعی جهت افزایش نرخ سزارین در جوامع فقیر پیگیری و مطالعه شود.

دان اسمور^۲ و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود با عنوان "تأثیر عوامل اجتماعی جمعیتی و بالینی برای تلاش جهت زایمان طبیعی پس از سزارین" به ارزیابی عوامل بالینی و غیربالینی مرتبط با اینکه آیا زنان باردار تلاش می‌کنند تا با وجود سابقه سزارین یک زایمان طبیعی داشته باشند و یا اینکه خواهان تکرار سزارین هستند، می‌پردازند. این مطالعه زنانی که سابقه سزارین دارند و تلاش می‌کنند تا زایمان طبیعی داشته باشند را با آنهایی که تکرار سزارین را انتخاب می‌کنند، مورد بررسی قرار می‌دهد. اطلاعات و داده‌ها از ۱۷ بیمارستان در طول سالهای ۱۹۹۵-۱۹۹۸ جمع آوری شده که شامل ۱۵۱۷۲ زن باردار بوده است. نتایج نشان می‌دهد که احتمال وقوع زایمان طبیعی به وسیله بیمارستانها یکسان نبود. احتمال وقوع زایمان به طور معناداری با افزایش سن، حاملگی و تعداد زایمان‌های سزارین قبلی کاهش یافته است. در زنانی که بیمه نبوده‌اند، احتمال بیشتری برای زایمان طبیعی نسبت به زنانی که تحت پوشش بیمه

1 Tiziana

2 Dunsmoor

بودند وجود داشت. همچنین زنانی که دارای نشانه‌های عودکننده سزارین قبلی بودند از احتمال بیشتری جهت زایمان طبیعی برخوردار بودند. همچنین در زنان سیاه پوست نسبت به زنان سفیدپوست احتمال بیشتری برای زایمان طبیعی مشاهده می‌شود.

فان ورد^۱ و همکاران (۲۰۰۸) " تقویت کننده‌های تصمیم زنان برای انتخاب شیوه زایمان بعد از جراحی سزارین قبلی " را مطالعه کردند. یک تصمیم با مداخله DVD یا رسانه تصویری خبررسانی (اطلاع رسانی) و یک ملاقات و معاینه خانگی با یک ماما انجام شد. ۱۶ زن در این مطالعه مراقبت‌های دوران بارداری استاندارد کلینیکی را دریافت می‌کردند. ۱۸ مورد از ۳۶ مورد مشارکت کننده در این تحقیق در یک مصاحبه نیمه ساختاریافته بعد از انتخاب شیوه زایمان، مشارکت کردند. چهار مقوله (موضوع) در ربط دادن اطلاعات کیفی با تصمیم‌گیری شناخته شد. حمایت اطلاعاتی، حمایت احساسی و عاطفی، مشارکت در تصمیم‌گیری و شیوه‌ای که در این فرایند انتخاب می‌شد.

لئو پوزنر^۲ و همکاران (۲۰۰۷) به بررسی " نگرش زنان باردار نسبت به زایمان سزارین انتخابی در یک جمعیت شهری " پرداختند. هدف این پژوهش مطالعه نگرش و عقاید زنان باردار در این زمینه بود. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های بی نام بود که در میان زنان باردار که در هفته‌های ۱۸-۲۰ بارداری قرار داشتند، توزیع شده است. نتایج بیانگر آن است که ۹۵٪ از زنان باردار اعتقاد ندارند که مورد قبول (پسندیده) است. آنها احساس می‌کردند که زایمان طبیعی هم برای مادر و هم برای نوزاد ایمن تر و مطمئن تر است. ۷۵٪ از زنانی که عقیده داشتند زایمان سزارین انتخابی مورد قبول است، بر این باورند که تصمیم‌گیری باید به عهده زنان گذاشته شود.

بتس^۳ و همکاران (۲۰۰۷) تحقیقی انجام دادند با این عنوان " زایمان سزارین با درخواست مادر (انتخابی): دانش، درک و الگوهای عمل ماماها و پزشکان متخصص زنان ". این پژوهش دانش، درک و الگوهای عمل ماماها و پزشکان متخصص زنان را نسبت به زایمان سزارین انتخابی بررسی می‌کند. پرسشنامه به عنوان ابزار جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفته

1 Farnworth

2 Pevzner

3 Bettes

است. که در میان دانشجویان مامایی و پزشکی (بیماریهای زنان) آمریکایی در سال ۲۰۰۶ توزیع گردید. این پرسشنامه‌ها حاوی ویژگیهای جمعیتی، نگرش و عملکرد نسبت به زایمان سزارین و طبیعی و دانش و عقاید آنها با در نظر گرفتن ریسکها (معایب) و منافع سزارین انتخابی و غیرانتخابی بود. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که زنان دارای نگرش منفی تری نسبت به زایمان سزارین انتخابی بودند تا مردان و بر خطرات بیشتر و منافع کمتر زایمان سزارین تأکید داشتند. اغلب ماماها و پزشکان متخصص زنان در این مطالعه یک افزایش تقاضا برای سزارین را تشخیص داده بودند. در حالی که اعتقاد داشتند که خطرات این شیوه (اقدام) بیش از منافع آن است.

مبانی نظری

نظریه فعالیت‌های معقول (رفتارهای برنامه ریزی شده):

این نظریه توسط مارتین فیشباین^۱ و آیزنک^۲ مطرح شده است و توجه زیادی را از سوی دانشمندان اجتماعی علاقه مند به رفتارهای بهداشتی، به خود جلب کرده است. نظریه رفتارهای برنامه ریزی شده به طور عمده به ارتباط بین آگاهی و نگرش از یک سو و نگرش و رفتار از سوی دیگر اشاره می‌کند و اعتقاد دارد که افراد اغلب به شیوه‌ای مشهود و محسوس رفتار می‌کنند. آنها اطلاعات موجود را بررسی و معانی و دلایل رفتارهای مورد نظرشان را پردازش می‌نمایند. این نظریه بیان می‌کند که انجام یک رفتار معین به طور اساسی و عمده به وسیله هدف فرد برای انجام آن رفتار تعیین می‌گردد. این هدف نیز به وسیله دو عامل مشخص می‌شود: نگرش فرد در برابر رفتار (عقاید درباره نتایج رفتار و ارزش این نتایج) و تأثیر محیط اجتماعی فرد و هنجارهای معقول (ذهنی). نگرش‌های در برابر رفتار، به وسیله اعتقادات برجسته فرد در مقابل آن رفتار تعیین می‌شود. اما تعدادی عوامل مهم این نسبت علی و معلولی را تعدیل می‌نماید. در نخستین مرحله تصور می‌شود که رفتار به وسیله هدف تعیین می‌شود. در مرحله دوم هدف به وسیله نگرش‌ها در برابر رفتار و هنجارهای معقول (ذهنی) مشخص می‌گردد و در

1 Fishbein

2 Ajzen

مرحله سوم این نگرش های رفتاری و هنجارهای معقول (ذهنی) با رجوع به اعتقادات و باورهای مربوط به نتایج انجام رفتارهای بهداشتی شکل گرفته اند. مفهومی که در این نظریه به چشم می خورد، "کنترل رفتاری درک شده" بر تمامی فرصتها، منابع و مهارتهای لازم برای اجرای یک رفتار است. این مفهوم با مفهوم "خودکارآمدی" در مدل باورهای بهداشتی شباهت بسیاری دارد.

بنابراین نظریه وقتی افراد وقت کافی دارند تا درباره آنچه می خواهند انجام دهند، اندیشه کنند، بهترین پیش بینی کننده رفتار آنها قصد و نیت آنهاست، که این قصد و نیت نیز بوسیله سه چیز تعیین می شود. نگرش آنها نسبت به رفتار خاص، هنجارهای ذهنی آنها و کنترل رفتاری ادراک شده آنها.

نگرش های خاص: آنچه در اینجا اهمیت دارد، نگرش کلی افراد نسبت به چیزی نیست، بلکه منظور نگرش خاص و ویژه نسبت به رفتار مورد نظر آنهاست. طبق نظریه رفتار برنامه ریزی شده، تنها نگرش خاص نسبت به رفتار مورد نظر است که می توان انتظار داشت، آن رفتار را پیش بینی کند.

هنجارهای ذهنی: برای پیش بینی قصد و نیت کسی، اطلاع داشتن از این باورها به اندازه اطلاع داشتن از نگرش های آنها اهمیت دارد. مثلاً می خواهیم پیش بینی کنیم که آیا فرد قصد دارد به یک کنسرت موسیقی کلاسیک برود یا نه و می دانیم که نگرش او نسبت به این عمل منفی است. بنابراین احتمال خواهیم داد که او به کنسرت نخواهد رفت. پس با دانستن این هنجار ذهنی یعنی باور او در این مورد که فرد مورد نظر درباره رفتن به کنسرت چه نظری دارد، ممکن است پیش بینی ما در اینکه او به کنسرت خواهد رفت یا نه فرق می کند.

کنترل رفتاری ادراک شده: قصد و نیت افراد تحت تأثیر کنترل رفتاری ادراک شده آنها یعنی باور به اینکه با چه سهولتی می توانند رفتار مورد نظر را انجام دهند، قرار می گیرد. اگر افراد فکر کنند که انجام آن رفتار دشوار است، در آن صورت قصد و نیتی برای انجام آن رفتار به وجود نخواهد آمد. اما اگر فکر کنند انجام آن رفتار آسان است، احتمال دارد که قصد و نیتی جدی برای انجام آن رفتار پدید آید (میمن^۱ و بکر^۱، ۱۹۷۴).

مدل باورهای بهداشتی (اعتقاد بهداشتی):

این مدل برای اولین بار توسط روزن استاک^۲ در سال ۱۹۹۶ مطرح شد و سپس بکر و همکارانش در دهه‌های ۱۹۸۰-۱۹۷۰ آن را توسعه دادند. بکر برای تبیین رفتارهای مربوط به بهداشت، الگوی اعتقاد بهداشتی یا باور بهداشتی را به وجود آورد. این الگو و سایر موضوعات مشابه این، از دیدگاه شناختی، برای تبیین رفتار به عنوان یک عمل منطقی استفاده می‌کنند. مدل باورهای بهداشتی تلاش می‌کند تا رفتارهای بهداشتی را توضیح دهد و معتقد است که تصمیم در ارتباط با رفتارهای بهداشتی به وسیله مجموعه‌ای از باورها پیش‌بینی می‌شود، که این باورها شامل آسیب‌پذیری درک شده، شدت و وخامت (تهدیدهای) درک شده، فواید و منافع درک شده، موانع و هزینه‌های درک شده و خودکارآمدی است. طبق این نظر باورها و نگرش‌های مثبت نسبت به رفتارهای بهداشتی با تمایل بیشتر افراد برای انجام آن رفتارها ارتباط دارد.

این الگو همچنین دربرگیرنده تأثیرات محیطی مانند عوامل عقیدتی و اجتماعی است که در خانه، مدرسه، محل کار و یا از طریق رسانه‌های گروهی تأثیر خود را می‌گذارد. این عوامل، تأثیر خود را از طریق تماسی که با متخصصان بهداشتی و سایر افراد مهم دارند، اعمال می‌کنند. افراد ممکن است به واسطه انجام یکسری کارها نفع ببرند. اما موانعی که بر سرانجام این امور وجود دارد، سلامتی آنها را تحت تأثیر خود قرار خواهد داد. آنها همچنین تصوراتی درباره بیماریهایی که ممکن است آنها را تهدید کند، دارند و این تصورات ناشی از میزان آماذگی و استعداد آنها برای بیمار شدن، جدی بودن بیماری و میزان پاسخ‌دهی به درمان است (لست^۳، ۱۳۸۲: ۲۲۳). مفهوم خودکارآمدی در این نظریه نیز مهم تلقی شده است و به معنای اطمینان شخص در توانایی اجرای اقدامات به صورت موفقیت‌آمیز است.

به طور کلی مدل باورهای بهداشتی اعتقاد دارد که یک فرد اقدامات مربوط به بهداشت را انجام خواهد داد زمانی که:

- احساس کند، یک موقعیت و پیشامد منفی مانند بیماریهای عفونی قابل پیشگیری است.

- انتظاری مثبت دارد که با انجام فعالیت‌های توصیه شده از آن موقعیت منفی در امان خواهد ماند.

- باور داشته باشد که فعالیت‌های توصیه شده را با موفقیت انجام خواهد داد.
بنابراین، مدل اعتقاد بهداشتی (باور بهداشتی) که سالهاست اساس پیشگیری از بیماریها، آموزش و ارتقاء بهداشت است، معتقد است که سلامتی یک ارزش است و برای حفظ و ارتقاء آن باید تلاش کرد. این اعتقاد نه تنها در توده مردم و استفاده کنندگان از خدمات بهداشتی درمانی، بلکه در محققین علوم بهداشتی و شاغلین عرصه بهداشت هم بسیار مهم است. عمده ترین علل وقوع بیماریهای مزمن بخصوص غیرواگیر یا پیشگیری و کنترل آنها به رفتار مربوط است. این بیماریها عمدتاً در نتیجه باور فرد، اعتقاد و شیوه زندگی او مربوط می شود. برای مثال عادات غذایی فرد، ورزش کردن یا بی تحرکی و یا چگونگی گذران اوقات فراغت می تواند در وقوع این گونه بیماریها مؤثر باشد.

چهار ضابطه اساسی در مدل اعتقاد به سلامتی که در اپیدمیولوژی کاربرد دارد، عبارتند از:
- شخص یا جامعه باید به این امر معتقد باشد که سلامتی او در معرض خطر است.
- شخص یا جامعه باید احساسی منطقی درباره مسائلی که در زندگی باعث بیماری یا ناتوانی می شود، داشته باشند.

- شخص یا جامعه باید اعتقاد داشته باشند که در مقابل بیماریها آسیب پذیر هستند و برای حفظ و ارتقاء سلامتی خود سرمایه گذاری نماید و متقاعد شود که این سرمایه گذاری به نفع اوست و سلامتی برای وی دست یافتنی است.

- شخص یا جامعه باید در کی منطقی از اثرات سوء عدم رعایت موازین بهداشتی داشته باشد و عکس العملی منطقی در پاسخ به آنچه پیرامون او رخ می دهد، نشان دهد.
دانش، نگرش ها و مهارت ها نقش مهمی در تشکیل و دوام رفتارهای خاص بازی می کنند که رفتارهای آگاهانه مرتبط با بهداشت نیز جزئی از این رفتارها هستند. در واقع، محیط اجتماعی و فرهنگی، دانش و نگرش ها را قویا تحت تأثیر قرار می دهد.

نظریه لوین:

کورت لوین^۱ یکی از نظریه پردازان حوزه روان شناسی اجتماعی است که دارای دیدگاه کارکردگرایی در این حوزه است. وی به بررسی عواملی که رفتار فرد تابع آن است می پردازد. لوین واژه " نظریه میدانی " را از فیزیک گرفته و همانند آن رفتار انسانی را نیروی میدانی می نامد و آن را به دو گونه تقسیم بندی می کند:

۱- خصوصیات شخص (person) p

۲- خصوصیات محیط یا فضای اجتماعی (environment) e

بدین ترتیب رفتار هر فرد تابع خصوصیات شخصی او و خصوصیات محیط است. به عبارتی دیگر رفتار هر شخص تابع شرایط محدود زمانی و مکانی خاصی است که فرد در آن زندگی می کند. از آنجا که خصوصیات محیط و شرایط محیطی می تواند بسیار وسیع باشد و همچنین تعدادشان مشخص نیست، لذا در اینجا شرایط اجتماعی مدنظر قرار داده شده است.

به بیانی دیگر و به باور لوین " رفتار انسان " در گام نخست به ویژگی های وراثتی و شخصیت و سلامت جسمی او و در گام بعدی به جایگاه اجتماعی اش در آن لحظه، بستگی دارد. پیش فرض دیگر این است که رفتار فرد در یک میدان به وقوع می پیوندد که این میدان (فضای زندگی) به باور لوین تمام رخدادهای روان شناختی اعم از خوب دیدن، ناامیدی، امید داشتن، ادراک، پیش داوری و تفکر قالبی در فضای زندگی رخ می دهد. برای لوین، فضای زندگی به زمان حال رجوع می کند و می بایست رفتار فرد را با توجه به اینجا و اکنون تعیین کرد (احمدی، ۱۳۸۱: ۲۶).

مدل اورم:

اورم، کلیت انسان و توانایی منحصر به فرد او در " مراقبت از خود " را مورد توجه قرار می دهد. اورم (۱۹۹۵) مراقبت از خود را " توان مراقبت از خود " نامید. به عقیده اورم، انسانها موجوداتی دانا و متفکر هستند و همیشه آمادگی ارزیابی موقعیتی که در آن قرار می گیرند و

1 Kurt Levin

2 Orem

نشان دادن واکنش‌های مقتضی به این موقعیت‌ها را دارند. به علاوه، انسان‌ها توانایی تصمیم‌گیری در مورد این که چه اقداماتی را انجام می‌دهند و یا ندهند را نیز دارند. بالاخره، بالاتر از همه آنکه انسان‌ها موجودات منحصر به فردی هستند که به منظور دستیابی به اهداف خود دست به انجام اقدامات سنجیده و همراه با تفکر و تأمل می‌زنند. اورم، معتقد است که انسان‌ها توانایی بالقوه کسب دانش و مهارت‌های مورد نیاز و همچنین انگیزه‌های لازم برای انجام مراقبت از خود و خانواده‌شان را دارند. اورم، بر این باور است که توانایی انسان در انجام فعالیت‌های "مراقبت از خود"، تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل نظیر سن، جنسیت، عادات و خوگیری‌های اجتماعی - فرهنگی، فاکتورهای خانوادگی، الگوهای زندگی، فاکتورهای محیطی، میزان دسترسی به منابع لازم برای "مراقبت از خود" و همچنین کفایت این منابع قرار دارد. معمولاً یک فرد سالم از نظر اورم، توانایی کافی برای برآوردن نیازهای عمومی "مراقبت از خود" برخوردار است (آگلتن، ۱۳۸۲: ۸۲).

چارچوب نظری پژوهش

نظریه یادگیری اجتماعی:

این نظریه در اصل در سال ۱۹۴۰ مطرح شد تا پدیده تقلید رفتار حیوانات و انسان‌ها را توضیح دهد. در اوایل ۱۹۶۰ آلبرت باندورا تلاش برای تکامل این نظریه را آغاز نمود. زیرا احساس می‌کرد که نظریه‌های شرطی‌سازی توضیح ناقصی از رفتار را ارائه می‌کنند و اثرات اجتماعی بر هر رفتار فرد را در نظر نمی‌گیرند و بر یادگیری حیوان و انسان در موقعیتهای فردی تأکید دارند. اگر چه نظریه شناخت اجتماعی عناصر مکانیکی و ارگانیکی رفتار را در نظر می‌گیرد، اما یک نظریه کاملاً موقعیتی است. زیرا رفتار را در تعامل فرد با محیط توضیح می‌دهد (پینتریچ و شونک، ۲۰۰۲). نظریه شناخت اجتماعی بر اجتماعی کردن افراد تأکید دارد: این که چگونه فرد به وسیله تجربیات، روابط خانوادگی، گروه همسالان، معلمان، اعتقادات مذهبی، نقش‌های معتبر و دیگر عوامل اجتماعی کردن تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این نظریه تلاش می‌کند تا توضیح دهد که مردم چگونه فکر می‌کنند و چه عواملی رفتارشان را تعیین می‌نماید. طبق این نظریه باید گفت که در رفتار انسان عوامل شناختی یا شخصی (دانش،

انتظارات و نگرش)، تأثیرات محیطی (هنجارهای اجتماعی و...) و رفتار (مهارت‌ها، تمرین، خودکارآمدی) با یکدیگر در تعامل هستند (باندورا، ۲۰۰۱).

از این دیدگاه اشخاص نه به وسیله نیروهای درونی خود به سمت رفتاری سوق داده می‌شوند و نه به طور خودکار توسط محرک‌های بیرونی. مطابق با مدل ارائه شده توسط باندورا جهت تأثیر بین سه عامل رفتار، عوامل شخصی و محیط یکسان نیست، بلکه غالباً یک یا دو عامل بر عوامل دیگر غلبه می‌کنند (پینتریچ و شونک، ۲۰۰۲). در این نظریه نیز به مفهوم "خودکارآمدی" توجه شده است. خودکارآمدی عبارت است از برداشت افراد از توانایی‌هایشان برای سازماندهی و انجام سطوح اعمال مورد نیاز برای فعالیتی خاص (باندورا، ۱۹۸۶). خودکارآمدی بر انتخاب فعالیتها، تلاش و کوشش افراد جهت تحقق تأثیر می‌گذارد. یعنی یک فرد باید به توانایی اش در انجام یک رفتار اعتقاد داشته باشد، باید انگیزه و تمایل برای انجام آن داشته باشد و برای نتایج آن رفتار ارزش قائل شود. این نتایج ممکن است در برگیرنده فواید آنی باشد، یا فواید طولانی مدت را دربرگیرد (باندورا، ۲۰۰۱).

این نظریه به رابطه دانش، مهارتها، نگرش‌ها، روابط شخصی و تأثیرات محیطی با رفتار بهداشتی تأکید کرده است. بنابراین با توجه به نظریه شناخت اجتماعی، می‌توان گفت که افراد با توجه به آگاهی و نگرش خود، احساس توانایی انجام رفتار بهداشتی مورد نظر و هنجارهای اجتماعی آموخته شده در روابط اجتماعی و شخصی به رفتارهای بهداشتی مانند سزارین اقدام خواهند کرد.

فرضیات پژوهش

- بین سن و نگرش به سزارین رابطه آماری معناداری وجود دارد.
- بین سابقه سزارین در فامیل و نگرش به سزارین رابطه آماری معناداری وجود دارد.
- بین نوع زایمان قبلی و نگرش به سزارین رابطه آماری معناداری وجود دارد.
- بین محل مراقبتهای بارداری و نگرش به سزارین رابطه آماری معناداری وجود دارد.
- بین آگاهی از سزارین و نگرش به سزارین رابطه آماری معناداری وجود دارد.

روش کار:

روش تحقیق در این مطالعه کمی و تکنیک پیمایش بوده است. جامعه آماری تمامی زنان باردار شهر شیراز بوده که به درمانگاهها، بیمارستانها و کلینیکهای تخصصی زنان، اعم از عمومی و خصوصی مراجعه می کنند. تعداد این افراد طبق گزارش شبکه بهداشت استان فارس برابر با ۲۳۸۰۰ نفر بوده است. همچنین حجم نمونه با استفاده از جدول لین تعیین شده است (لین، ۱۹۷۶). براین اساس و با توجه به جامعه آماری زنان باردار حجم نمونه ۶۰۰ نفر تعیین گردید. در این تحقیق از روش نمونه گیری طبقه ای چندمرحله ای استفاده شده و گردآوری داده ها از طریق پرسشنامه انجام گرفته است. تعدادی از سؤالات پرسشنامه به سؤالات زمینه ای اختصاص یافته و تعدادی نیز شامل سؤالات آگاهی و نگرش است. پس از جمع آوری داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS به پردازش آنها پرداختیم. ضریب آلفای کرونباخ گویه های مربوط به نگرش ۸۴/۱ درصد بوده است.

یافته ها:

آمار توصیفی

در آمار توصیفی نتایج نشان داد که میانگین سنی افراد پاسخگو ۲۶/۹۶ و میانگین سن ازدواج ۲۱/۱۶ بوده و اکثریت افراد (۵۶ درصد) خود را به طبقه متوسط متعلق دانسته و تنها ۵ درصد از آنان اظهار کرده اند که در طبقه بالا قرار دارند. فراوانی افرادی که در خود را در طبقه پایین جای داده اند، برابر با ۵/۵ درصد است. همچنین اغلب پاسخگویان در بارداری اول بسر می برند که این رقم معادل ۵۵ درصد از کل افراد پاسخگو است و طبق اطلاعات این مطالعه بیشتر افراد در ماههای ۹-۷ بارداری واقع شده اند. ۵۶ درصد از زنان مورد مطالعه تجربه زایمان نداشته و از میان افرادی که زایمان را تجربه کرده اند، ۵۴/۵ درصد زایمان طبیعی داشته و ۴۵/۵ درصد نیز، زایمان قبلی شان سزارین بوده است. در ارتباط با تعداد سالهای شهرنشینی، بیشترین فراوانی برابر است با ۵۳/۲ درصد که افرادی را در برمی گیرد که ۳۰-۲۱ سال سابقه شهرنشینی دارند. ۹۰/۲ درصد از کل افراد عنوان کرده اند که سابقه نازایی نداشته و ۸۲ درصد از کل افراد نیز اظهار داشته اند که سابقه سقط و مرده زایی در آنها وجود ندارد. ۶۶/۷ درصد

مراقبتهای بارداری خود را از مراکز دولتی دریافت کرده و ۳۳/۳ درصد باقی مانده نیز تحت پوشش مراکز خصوصی قرار داشته اند. ۸۵/۳ درصد از کل افراد در میان فامیلشان شاهد سزارین بوده اند. در ارتباط با منابع کسب آگاهی، بالاترین میانگین به "دوستان و فامیل" به عنوان منبع کسب اطلاعات درباره شیوه‌های زایمان، تعلق دارد که رقمی برابر با ۲/۹۵ را به خود اختصاص داده و پس از آن بالاترین میانگین را در مورد "رادیو و تلویزیون" مشاهده می‌کنیم. میانگینی که برای این منبع کسب اطلاعات درباره شیوه‌های زایمان ملاحظه می‌نماییم، برابر با ۲/۳۸ است (جدول شماره ۱). در این مطالعه، پس از جمع کردن نمرات بدست آمده از آگاهی و بدست آوردن اختلاف میان حداکثر و حداقل نمرات، آنها را به سه دسته تقسیم کرده و به صورت آگاهی پایین، بالا و متوسط نشان دادیم:

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی جمعیت نمونه بر حسب میزان نگرش

درصد	فراوانی	نوع نگرش به سزارین
۱۲٪	۷۲	نگرش مثبت
۶۹٪	۴۱۴	نگرش میانه
۱۹٪	۱۱۴	منفی

در جدول شماره ۱- توزیع فراوانی جمعیت نمونه بر حسب نگرش به سزارین را مشاهده می‌کنیم. می‌بینیم که اکثریت افراد (۶۹٪) دارای نگرش میانه نسبت به سزارین بوده، و افراد دارای نگرش مثبت کمترین فراوانی (۱۲٪) را دارند. همچنین ۱۹٪ از افراد نیز نگرش منفی به سزارین دارند.

جدول ۲- توزیع فراوانی جمعیت نمونه بر حسب میزان آگاهی

درصد	فراوانی	میزان آگاهی
۱۰٪	۶۰	آگاهی بالا
۵۵/۳٪	۳۳۲	آگاهی متوسط
۳۴/۷٪	۲۰۸	آگاهی پایین

در جدول شماره ۲- توزیع فراوانی جمعیت نمونه بر حسب آگاهی از شیوه‌های زایمان را نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، اکثریت افراد (۳/۵۵٪) از آگاهی متوسط، ۷/۳۴٪ نیز از آگاهی پایینی نسبت به شیوه‌های زایمان برخوردارند. این در حالی است که تنها ۱۰٪ از افراد پاسخگو از آگاهی بالایی در این زمینه بهره‌مندند.

آمار استنباطی

جدول شماره ۳- آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون متغیر سن و نگرش به سزارین

نام متغیر	R	R ²	Std. Error	B	Beta	T	F	Sig
سن	۰/۱۰	۰/۰۱	۹/۸۱	۰/۲۱	۰/۱۰	۲/۴۶	۶/۰۸	۰/۰۱۴

بر اساس نتایج بدست آمده در جدول شماره ۳، مقدار همبستگی $R=0/10$ بوده و مقدار ضریب تعیین $R^2=0/01$ است که حاکی از آن است که متغیر سن تنها ۱ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین می‌کند. سطح معنی‌داری ($Sig=0/014$) بیانگر این است که بین سن و نگرش به سزارین رابطه معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۴- آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون متغیر آگاهی از سزارین و

نگرش به سزارین

نام متغیر	R	R ²	Std. Error	B	Beta	T	F	Sig
آگاهی از سزارین	۰/۱۱	۰/۰۱	۹/۸۰	-۰/۲۰	-۰/۱۱	-۲/۸۶	۸/۲۲	۰/۰۰۴

نتایج بدست آمده در جدول شماره ۴، نشان می‌دهد که مقدار همبستگی $R=0/11$ بوده و مقدار ضریب تعیین $R^2=0/01$ می‌باشد که حاکی از آن است که متغیر آگاهی از سزارین تنها ۱ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین می‌کند. همچنین سطح معنی‌داری ($Sig=0/004$) نشان می‌دهد که بین آگاهی از سزارین و نگرش به سزارین رابطه معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۵- آزمون تفاوت نگرش به سزارین بر حسب محل مراقبت‌های بارداری

Sig	T	انحراف استاندارد	میانگین نمرات نگرش	فراوانی	متغیر
۰/۰۰۰	۶/۳۸	۱۰/۰۵	۴۷/۱۳	۲۰۰	خصوصی
		۹/۲۸	۴۱/۸۵	۴۰۰	دولتی

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد زنانی که در مراکز خصوصی تحت مراقبت‌های دوران بارداری بوده‌اند نگرش مثبت‌تری به سزارین داشته‌اند. همچنین با توجه به مقدار $T=۶/۳۸$ و $Sig=۰/۰۰۰$ تفاوت معناداری بین زنانی که در مراکز خصوصی و دولتی تحت مراقبت‌های دوران بارداری بوده‌اند وجود دارد.

جدول شماره ۶- آزمون تفاوت نگرش به سزارین بر حسب نوع زایمان قبلی

Sig	T	انحراف استاندارد	میانگین نمرات نگرش	فراوانی	متغیر
۰/۰۰۰	۶/۰۸	۸/۴۱	۴۷/۸۹	۱۰۵	سزارین
		۹/۵۷	۴۰/۹۳	۱۴۴	طبیعی

جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، زنانی که در مراکز خصوصی تحت مراقبت‌های دوران بارداری بوده‌اند نگرش مثبت‌تری به سزارین داشته‌اند. همچنین با توجه به مقدار $T=۶/۰۸$ و $Sig=۰/۰۰۰$ تفاوت معناداری بین زنانی که در مراکز خصوصی و دولتی تحت مراقبت‌های دوران بارداری بوده‌اند وجود دارد.

جدول شماره ۷- آزمون تفاوت نگرش به سزارین بر حسب سابقه سزارین در فامیل

Sig	T	انحراف استاندارد	میانگین نمرات نگرش	فراوانی	متغیر
۰/۰۰۰	-۳/۷۶	۹/۷۷	۴۰/۰۰	۸۸	خیر
		۹/۷۴	۴۴/۲۳	۵۱۲	بلی

جدول شماره ۷ نشان می‌دهد، زنانی که سابقه سزارین در فامیل داشته‌اند نگرش مثبت‌تری به سزارین داشته‌اند. همچنین با توجه به مقدار $T = -۳/۷۶$ و $Sig = ۰/۰۰۰$ تفاوت معناداری بین زنانی که سابقه سزارین در فامیل داشته‌اند و زنانی که سابقه سزارین در فامیل نداشته‌اند وجود دارد.

جدول شماره ۸- رگرسیون چند متغیره به روش گام به گام برای پیش‌بینی متغیر وابسته (نگرش به سزارین)

متغیر	B	Beta	T	Sig
نوع زایمان قبلی	-۵/۷۸	-۰/۲۹	-۵/۰۳	۰/۰۰۰
محل مراقبت‌های بارداری	-۵/۸۳	-۰/۲۷	-۴/۶۸	۰/۰۰۰
آگاهی از سزارین	-۰/۲۴	-۰/۱۴	-۲/۶۲	۰/۰۰۹

$$R=۰/۴۶ \quad R^2=۰/۲۲ \quad F=۲۳/۰۶ \quad a=۵۳/۰۵$$

بر اساس جدول شماره ۸، نوع زایمان قبلی، محل مراقبت‌های بارداری و آگاهی از سزارین به ترتیب دارای بیشترین سهم در نگرش نسبت به سزارین را دارند. این سه متغیر در مجموع ۲۲ درصد از تغییرات متغیر وابسته (نگرش نسبت به سزارین) را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

عمل سزارین یکی از روش‌هایی است که به منظور تولد نوزاد در مواقع ضروری اتفاق می‌افتد. اما این روش الزاماً روش ارجح برای زایمان نیست. زیرا مانند هر عمل جراحی دیگر با عوارض و مخاطرات فراوانی برای مادر و نوزاد همراه است و خطر مرگ و میر مادری بیشتر از زایمان طبیعی گزارش شده است (جکسون، ۱۹۹۸). به طوری که مرگ و میر ناشی از سزارین بیش از هفت برابر زایمان طبیعی است (سابتیل، ۲۰۰۰). گاهی این رقم حتی ۲۶ برابر گزارش شده است (دچ‌امی، ۲۰۰۲). آمارهای جهانی حاکی از آن است که میزان سزارین علی‌رغم اینکه با پیامدهای مثبتی برای مادر و فرزند همراه نیست، اما همچنان رو به افزایش است (ویلار، ۲۰۰۶). و طی چند دهه اخیر این عمل در اکثر کشورهای جهان رشد فزاینده‌ای

داشته است. در مطالعه لالویی و همکاران نرخ انجام سزارین در جامعه پزشکی ۵۰/۵ درصد (لالویی و همکاران، ۱۳۸۸)، در مطالعه محمد بیگی و همکاران فراوانی نسبی عمل سزارین در شیراز ۶۶/۴ درصد (محمد بیگی و همکاران، ۱۳۸۷)، در مطالعه مرادیان و همکاران میزان سزارین ۳۸ درصد (مرادیان، ۱۳۸۳) و در مطالعه فرامرزی و همکاران ۳۸/۴ درصد از زنان سزارین را برگزیده‌اند (فرامرزی و همکاران، ۱۳۸۰). همچنین در مطالعه آرام و همکاران ۴۳ درصد از زنان باردار (آرام و همکاران، ۱۳۸۰)، در مطالعه فردی ۵۵ درصد (فردی و همکاران، ۱۳۸۲) و در مطالعه محمد پور اصل نیز ۴۵/۶ درصد از زنان زایمان سزارین را ترجیح داده‌اند (محمد پور و همکاران، ۱۳۸۵). نتایج مطالعه چونگ در سنگاپور بیانگر این است که تنها ۳/۷ درصد زنان سزارین را انتخاب کرده و ۹۶/۳ درصد، روش طبیعی را برای زایمان خود انتخاب نموده‌اند (چونگ و مونگلی، ۲۰۰۳). گراهام و همکاران نیز در مطالعه خود مشاهده کردند که تنها ۷ درصد زنان خواهان سزارین بوده و ۹۳ درصد به زایمان طبیعی داشتند (گراهام و همکاران، ۱۹۹۹). مشاهده می‌کنیم که تفاوت زیادی میان نرخ سزارین در کشورهای مختلف وجود دارد. در برخی کشورها کمتر از ۱۰ درصد و در برخی دیگر بالاتر از ۵۰ درصد مشاهده شده است. بنابراین با توجه به تنوع قابل ملاحظه در میزان انجام عمل سزارین در کشورهای جهان، نظر می‌رسد که مؤلفه‌های تأثیرگذار اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و ... علاوه بر الزامات پزشکی در افزایش سزارین نقش دارند. یکی از این مؤلفه‌ها، نگرش است. مطابق با نتایج مطالعه حاضر، اکثریت افراد (۵۵/۳ درصد) از آگاهی متوسط، ۳۴/۷ درصد نیز از آگاهی پایینی نسبت به شیوه‌های زایمان برخوردارند. این در حالی است که تنها ۱۰ درصد از افراد پاسخگو از آگاهی بالایی در این زمینه بهره‌مندند. همچنین، اکثریت افراد (۶۹ درصد) دارای نگرش میانه (خنثی) نسبت به سزارین بوده، و افراد دارای نگرش مثبت کمترین فراوانی (۱۲ درصد) را دارند. همچنین ۱۹ درصد از افراد نیز دارای نگرش منفی بوده‌اند.

در این مطالعه ارتباط میان سن، با نگرش به سزارین معنادار و مستقیم است. بدین معنا که با بالا رفتن سن، نگرش به سزارین نیز مثبت‌تر شده است. نگاهی به دیگر مطالعات انجام شده این یافته را تأیید می‌کند به عنوان مثال در تحقیق محمد بیگی، سن با انتخاب سزارین معناداری

داشت و همچنین در مطالعه خسروی و همکاران که در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت، این نتیجه تأیید شد (خسروی و همکاران، ۱۳۸۷). مطالعه حاضر نشان داد که میان سابقه سزارین در فامیل با نگرش به سزارین نیز ارتباط معناداری موجود است. این متغیر در دیگر تحقیقات مطالعه شده توسط محقق، مشاهده نشد. رابطه میان محل مراقبتهای بارداری با نگرش به سزارین معنادار بوده و این دو متغیر به ترتیب در رگرسیون چند متغیره وارد معادله شدند.

ارتباط نوع زایمان قبلی با نگرش به سزارین نیز از دیگر نتایج این مطالعه است. این متغیر همچنین در رگرسیون چند متغیره وارد معادله شد. سزارین قبلی یکی از شایعترین عوامل افزایش بی رویه سزارین بوده و این نتیجه با نتایج تحقیق محمد بیگی و نگاهبان همسو است. در کشورهای توسعه یافته اخیراً شاهد افزایش زایمان طبیعی بعد از سزارین هستیم. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که پارگی رحم در زنانی که پس از سزارین زایمان طبیعی داشته‌اند ۴ در هزار، و زنان با سزارین مجدد ۳/۲ در هزار زایمان بوده است. اما عوارض مادری و نوزادی در مادران دارای سزارین تکراری بیشتر بود. (لالویی، ۱۳۸۸). با توجه به اینکه یکی از سؤالات پژوهش حاضر، رابطه آگاهی با نگرش به سزارین بود، به بررسی این متغیر پرداخته شده و نتایج نشان می‌دهد که آگاهی با نگرش به سزارین رابطه معنادار و معکوس داشته، به این معنا که با بالا رفتن آگاهی نگرش به سزارین منفی‌تر گشته می‌شود. متغیر مذکور در رگرسیون چند متغیره نیز وارد معادله شده است. در اینجا به اهمیت و نقش آگاهی به عنوان یک مؤلفه اجتماعی فرهنگی در نوع نگرش به سزارین پی می‌بریم. در نهایت R^2 به دست آمده از رگرسیون چندمتغیره نشان می‌دهد که ۲۲ درصد از تغییرات متغیر وابسته ناشی از نوع زایمان قبلی، محل مراقبتهای بارداری و آگاهی از سزارین بوده است.

یافته‌های این پژوهش، بیانگر رابطه معنادار میان برخی از عوامل اجتماعی، فرهنگی و زمینه‌ای با انتخاب سزارین است. نگرش به شیوه زایمان به عنوان یکی از مؤلفه‌های اجتماعی-فرهنگی، بسیار تأثیرگذار است تا در نهایت موجب شود که پایان بارداری از مسیر طبیعی و صحیح خود خارج شده و در مسیری قرار گیرد که عوارض جانبی آن مسائلی دیگر را در زندگی آتی افراد و همچنین در سلامت جامعه به جا خواهد گذاشت. البته این عامل به تنهایی نمی‌تواند الزاماً منجر به سزارین شود و دیگر عوامل اجتماعی-فرهنگی را نیز نباید از نظر دور

داشت. با توجه به دیگر یافته‌های مطالعه حاضر باید بگوییم که بخشی از تمایل زنان باردار به زایمان سزارین را می‌توان به امکانات و تسهیلات زایمان در مراکز بهداشتی درمانی ارجاع داد. به طوریکه نارضایتی زنان از خدمات ارائه شده توسط مراکز بهداشتی درمانی نظیر برخورد و طرز رفتار پرسنل، امکانات زیربنایی و ... نیز می‌تواند در ایجاد نگرش منفی به سزارین مؤثر بوده و در افزایش بی‌رویه سزارین در جامعه ما تأثیر گذار باشد. یکی از برنامه‌های کاهش سزارین‌های غیرضروری، تمرکز بر تلاش‌های آموزشی در دوران بارداری و حتی قبل از آن است. از جمله خدماتی که باید در جریان مراقبت‌های دوران بارداری به آن توجه گردد، راهنمایی و آموزش زنان به منظور افزایش آگاهی آنان در زمینه زایمان جهت حفظ و ارتقاء سلامت مادر و نوزاد و به دنبال آن بهبود نگرش آنان به زایمان طبیعی است. باید توجه داشت که برای انطباق مادران با تنش‌های مربوط به زایمان لازم است او از جنبه‌های مختلف اطلاعاتی، عاطفی، جسمانی و... حمایت شود. شرایط زایمان طبیعی بهبود و رضایتمندی زنان از تجربه زایمان طبیعی افزایش یافته تا امر زایمان برای وی به یک تجربه خوشایند تبدیل شده و با کمترین آسیب‌ها برای مادر و نوزاد همراه باشد. با توجه با اینکه پزشکان، امروزه یکی دیگر از عوامل تعیین کننده شیوه زایمان هستند، نظارت نظام بهداشتی کشور در این زمینه می‌تواند، کمک شایانی به کاهش سزارین و رسیدن به نرخ قابل قبولتری کند. با توجه به نتایج حاصله از این مطالعه و نگرش میانه ۶۹ درصدی نسبت به سزارین، این موضوع می‌تواند تهدیدی برای حوزه بهداشت و سلامت جامعه باشد. بنابراین برنامه‌ریزی و سیاستگذاری‌ها باید در جهت بهبود نگرش زنان نسبت به زایمان طبیعی و افزایش آگاهی آنان از معایب و مزایای سزارین و زایمان طبیعی باشد تا در آینده با کاهش نرخ سزارین‌های غیرضروری (انتخابی) مواجه شویم.

منابع

- ۱- احمدی، حبیب. (۱۳۸۱). روان شناسی اجتماعی. شیراز: انتشارات مرکز نشر دانشگاه شیراز.
- ۲- آرام، ش. علامه، ز. زمانی، م. یادگار، ن. (۱۳۸۰). " بررسی فراوانی نسبی روش انتخابی زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان. " *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، سال چهارم، شماره ۷ و ۸، بهار و تابستان، ۷۹-۷۴.
- ۳- ارجمندی، بانو. فرزین مقدم، سحر. (۱۳۸۶). " بررسی سطح آگاهی زنان باردار نسبت به معایب و مزایای زایمان طبیعی و سزارین در تهران طی شش ماهه اول سال ۱۳۸۴. " *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، دوره چهاردهم، شماره ۵۵.
- ۴- باقری، اعظم. مسعودی علوی، نگین و عباس زاده، فاطمه. (۱۳۹۱). تعیین عوامل موثر بر انتخاب نوع زایمان توسط زنان باردار در شهرستان کاشان. دو ماهنامه علمی- پژوهشی فیض، دوره شانزدهم، شماره ۲، صفحات ۱۵۳-۱۴۶.
- ۵- حاتمی، حسین. (۱۳۸۳). *کتاب جامع بهداشت عمومی*. تهران: نشر ارجمند.
- ۶- خسروی، مریم. آرمات، محمدرضا. خادم، نیره (۱۳۸۷). " شیوع زایمان سزارین و برخی عوامل مرتبط با آن. " *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی*، سال شانزدهم، شماره ۵۸.
- ۷- سادات، زهره. صابری، فرزانه. تائبی، محبوبه و عابدزاده کلهرودی، معصومه. (۱۳۹۱). مقایسه ابعاد کیفیت زندگی پس از زایمان در زایمان‌های طبیعی و سزارین. فصلنامه پایش. سال یازدهم. شماره سوم. صص ۳۸۳-۳۷۷.
- ۸- عضدانلو، حمید. (۱۳۸۴). *آشنایی با مفاهیم جامعه شناسی*. چاپ اول، تهران: نشر غزال.
- ۹- فرامرزی، م. پاشا، ه. بختیاری، ا. (۱۳۸۰). " بررسی آگاهی و نگرش زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی شهر بابل. " *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، سال سوم، شماره ۴.
- ۱۰- فردی آذر، ز. جعفری شیرینی. (۱۳۸۲). " بررسی عوامل تعیین کننده در نگرش زنان نسبت به زایمان واژینال و سزارین. " *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، شماره ۵۹، ۶۹-۶۶.

- ۱۱- لالویی، افسانه. کاشانی زاده، نفیسه. تیموری، مجتبی. (۱۳۸۸). "دیدگاه اثربخشی آموزش‌های تحصیلی در انتخاب روش زایمان ترجیحی در کادر درمانی زنان و زایمان". *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، بهار ۸۸.
- ۱۲- محمد بیگی، ابوالفضل. طباطبایی، سید حمید رضا. محمد صالحی، نرگس. یزدانی، مریم. (۱۳۸۷). "تعیین عوامل مؤثر بر انجام روش سزارین در بیمارستان‌های شهر شیراز." *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران*، دوره ۲۱، شماره ۵۶، ۴۵-۳۷.
- ۱۳- محمدپور اصل، اصغر. رستمی، فاطمه. ترابی، شیوا. (۱۳۸۵). "شیوع زایمان سزارین و عوامل دموگرافیک مرتبط با آن در شهر تبریز." *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، دوره ۲۸، شماره سوم.
- ۱۴- محمدی تبار، شفیقه. رهنما، پروین. حیدری و همکاران. (۱۳۹۱). عوامل مؤثر در انتخاب روش زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تهران. *فصلنامه اخلاق پزشکی*. سال ششم، شماره بیست و یک.
- ۱۵- مرادیان، ص. (۱۳۸۳). "بررسی انتخاب روش زایمان و علل آن از دیدگاه بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی سمنان." *مجله زنان، مامایی و نازایی*، دوره هفتم، شماره دوم.
- ۱۶- مظلومی، سعید. (۱۳۸۳). *جامعه شناسی و بهداشت عمومی*، چاپ اول، تهران: نشر بهینه.
- ۱۷- نگاهبان، طیبه. (۱۳۸۵). "روش ارجح زایمان و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و کلینیکهای خصوصی شهر رفسنجان." *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، دوره پنجم، شماره سوم.
- ۱۸- نیکپور، مریم. عابدیان، زهرا. مخبر، نغمه و همکاران. (۱۳۹۱). ارتباط نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان. *مجله اصول بهداشت روانی*، سال ۱۴، ص ۵۳-۴۶.
- 19- Agelton, P. (2003). *Theories of Nursing*. Tabari R, Tehran, Boshra.
- 20- Amu O, rajendran SI, Boloji I. Maternal choice alone should not determine method of delivery. *British Medical journal* 1998; 317: 466-70.
- 21- Bandura, A. (2001). *social cognitive theory: An agentive perspective Review*

- 22- of psychology,52, 1-26.
- 23- Bandura, A. Cervone, D. (1986). Differential engagement of self- reactive
- 24- influences in cognitive motivation. *Organizational Behaviour and Human*
- 25- *Decision Processes*
- 26- Chong, E.S., Mongelli, M."Attitudes of Singapore women toward cesarean
- and vaginal deliveries". *Int J Gynecol obstet.* 2003.. 80(2): 189-194.
- 27- Dechemey AH, Nathan L. Current diagnosis and treatment obstetrics and
- gynecology. New York: McGraw- Hill. 2002.
- 28- Graham, W., Handly, V., Cheyne, A.L., Gurney, E."An investigation of
- women involvement in the decision to delivery by cesarean delivery."
- Obstetrics & Gynecology.* 1999.(104). 335- 341.
- 29- Jackson nv, rvine lm. The influence of maternal request in the elective
- caesarean selection rate. *J of Obst & Gyn* 1998; 1(8): 115-19.
- 30- Lest, J. (2003). General health and human ecology. Azari S. Et All. Tehran.
- 31- Nasle Farda
- 32- -Lin, N. (1976).*Foundation of Social Research.* New York: Mc Grawwhill.
- 33- Maiman, L.A. becker, M.H. (1974)." The health belief model; origins and
- 34- correlates in psychological theory". *Health education monogiphs.*Vol.2,
- No.16, 336-353.
- 35- Pintrich, P.R., Schunk, D. H. (2002). *Motivation in Education Theory,*
- Research and Application.* Merrill, Prentice-Hall.
- 36- Quadros LGA. Brazilian obstetricians are pressured to perform caesarean
- sections. *British medical journal* 2000; 320: 1073-4.
- 37- Subtile p, Ufour VP. Consequences maternal de la ceasarean par rapport a
- la voi basses. *J gynecol obstet boil reprod* 2000: 20: 10-6.
- 38- Villar j. ceasarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO
- global survey on maternal and prenatal health in latin America. *Lancet;*
2006. 367(9525): 1819-20.
- 39- -world health organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;
- 45: 436-7