

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

۱۰۸۹۱



دانشگاه علوم پزشکی تهران
دانشکده پرستاری و مامایی

بررسی تأثیر آموزش نسبت به انتخاب نوع روش زایمان بر اساس مدل باور
بهداشتی در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری شهرستان
شاهرود در سال ۸۶

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد مامایی (گرایش بهداشت مادر و کودک)

استاد راهنما:

سرکار خانم رحیمی کیان

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

استاد مشاور:

سرکار خانم ماندانا میر محمد علی

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

استاد مشاور آمار:

جناب آقای عباس مهران

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

نگارش: کبری ابوذری

خرداد ۸۷

۱۰۸۹۶۱

۱۷/۱/۱۰۱۷۱۴
۱۷/۱/۸۵

کتابخانه مرکزی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

۱۳/۱۰/۱۳۸۷

سپاس و ستایش

*سپاس و ستایش بیکران پروردگار جهانیان را که نام و یاد او روشنی بخش دلهاست.

*از اساتید بزرگواری که در انجام پژوهش حاضر، اینجا نب را راهنمایی و یاری نمودند کمال تشکر را دارم.

*از حضور سرکار خانم رحیمی کیان استاد محترم راهنما، که تفکر، تلاش و صبوری را به من آموختند صمیمانه سپاسگزارم.

*از حضور سرکار خانم میر محمد علی استاد محترم مشاور و جناب آقای مهران استاد محترم آمار به خاطر راهنماییهای با ارزش و زحمات بی دریغشان صمیمانه سپاسگزارم.

*با تشکر از ریاست محترم دانشکده جناب آقای دکتر نگارنده، ریاست محترم تحصیلات تکمیلی سرکار خانم دکتر دهقان نیری و معاونت محترم پژوهشی سرکار خانم رحیمی کیان.

* با سپاس از سرکار خانم جمشیدی و سرکار خانم دکتر شریعت که در مقام استادان ناظر قبول زحمت فرمودند.

*از پرسنل محترم و مهربان کتابخانه به خاطر همکاری صمیمانه شان قدردانی می نمایم.

همچنین جا دارد صمیمانه ترین سپاس های خود را به بزرگواری که از کمک و همراهی ایشان بهره مند شده ام تقدیم دارم :

- ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
- معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
- معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
- معاونت محترم آموزشی ، پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
- ماماهاى محترم شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شاهرود
- ماماهاى محترم بخش های زایمانی بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
- متخصصین محترم زنان و زایمان شاهرود
- پرسنل محترم کتابخانه و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

تقدیم به :

پدر و مادر عزیزم

که همیشه مدیون لطف و محبت هایشان هستم

برادر و خواهران عزیزم

که همواره مشوق من در تحصیل می باشند.

و همه کسانی که صمیمانه دوستشان دارم.

چکیده پژوهش:

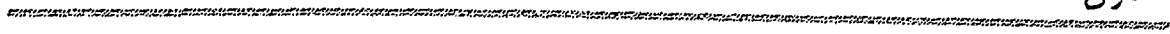
مقدمه: سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی دارای عوارض بیشتری می باشد. آمار روز افزون سزارین در بسیاری از کشورهای جهان موجب نگرانی محققین و مسئولین بهداشتی شده است. یکی از دلایل عمده این افزایش، در خواست خود بیمار جهت انجام این عمل می باشد. آموزش بهداشت با استفاده از تئوری های آموزشی جهت افزایش آگاهی، تغییر نگرش و اتخاذ رفتارهای بهداشتی موثر و ضروری است. بر اساس مطالعات انجام شده یکی از بهترین مدل هایی که در برنامه های آموزش بهداشت مورد استفاده قرار می گیرد، مدل باور بهداشتی می باشد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش نسبت به انتخاب نوع روش زایمان بر اساس مدل باور بهداشتی در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری در شهرستان شاهرود انجام شده است.

روش پژوهش: مطالعه ای نیمه تجربی بوده که بصورت مورد - شاهدی در مراکز بهداشتی - درمانی شهری و مطب های متخصصین زنان شاهرود انجام شد. نمونه شامل ۸۰ نفر در هر گروه بوده که بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. آموزش بر اساس مدل باور بهداشتی در گروه مداخله طی دو جلسه ۴۰ دقیقه ای، ارائه شد. روش گردآوری اطلاعات، مصاحبه و ابزار آن، پرسشنامه بود. اطلاعات طی ۲ مرحله قبل و بعد از آموزش جمع آوری گردید. در هر دو گروه مداخله و کنترل متعاقب زایمان، روش زایمانی ثبت گردید. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و استنباطی (آزمون های کای دو، تست دقیق فیشر، ویلکاکسون، من ویتنی یو) انجام شد. لازم بذکر است که برای کلیه آزمونها $P < 0.05$ معنی دار تلقی گردید.

یافته ها: یافته هادر پژوهش حاضر نشان داد قبل از آموزش دو گروه از نظر سن، تحصیلات، شغل، وضعیت درآمد، سابقه نازائی، سابقه بیماری، حساسیت، منافع و موانع همگن بودند. در گروه مداخله بین حساسیت ($P < 0.001$)، شدت ($P < 0.001$)، منافع ($P < 0.001$) و موانع درک شده ($P < 0.001$)، قبل و بعد از آموزش، اختلاف معنی داری وجود داشت. در گروه کنترل نیز بین حساسیت ($P = 0.022$)، شدت ($P < 0.001$)، منافع ($P = 0.001$) و موانع درک شده ($P = 0.004$) قبل و بعد از آموزش، اختلاف معنی دار بود. مقایسه دو گروه مداخله و کنترل بعد از آموزش نشان داد که بین حساسیت ($P < 0.001$)، شدت ($P < 0.001$)، منافع ($P = 0.001$)، موانع درک شده ($P = 0.004$) و عملکرد (روش زایمان انتخاب شده) ($P < 0.001$) اختلاف معنی داری وجود داشته است.

نتیجه گیری نهایی: آموزش از طریق مدل باور بهداشتی در تمایل زنان باردار به انجام زایمان طبیعی مؤثر بوده است.

واژه های کلیدی: آموزش، مدل باور بهداشتی، انتخاب نوع روش زایمان، زنان باردار



فصل اول: معرفی پژوهش

- ۱..... بیان مسئله پژوهش
- ۷..... اهداف پژوهش
- ۷..... هدف اصلی پژوهش
- ۷..... اهداف فرعی پژوهش
- ۸..... فرضیات پژوهش
- ۹..... پیش فرض های پژوهش
- ۱۰..... تعریف واژه ها

فصل دوم: دانستنی های موجود در زمینه پژوهش

- ۱۴..... چهارچوب پنداشتی
- ۱۵..... مروری بر مطالعات

فصل سوم: روش انجام پژوهش

- ۶۳..... نوع پژوهش
- ۶۳..... جامعه پژوهش
- ۶۳..... روش نمونه گیری
- ۶۴..... حجم نمونه
- ۶۴..... نمونه
- ۶۴..... مشخصات واحدهای پژوهش
- ۶۵..... محیط پژوهشی
- ۶۵..... روش و ابزار گردآوری اطلاعات
- ۶۶..... روایی و پایایی ابزار گردآوری اطلاعات
- ۶۶..... روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

۶۷	ملاحظات اخلاقی
۶۷	روش استفاده از ابزار گردآوری اطلاعات
۶۹	محدودیت های پژوهش

فصل چهارم: یافته های پژوهش

	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۱۵۷	بحث و بررسی یافته ها
۱۲۲	نتیجه گیری نهایی
۱۲۶	کاربرد یافته ها در مامایی
۱۲۷	پیشنهادات جهت پژوهشهای بعدی

منابع

ضمائم

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سن واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل.....	۷۳
جدول شماره ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سن حاملگی واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل.....	۷۴
جدول شماره ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی تحصیلات واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل.....	۷۵
جدول شماره ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی تحصیلات همسران واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل.....	۷۶
جدول شماره ۵- توزیع فراوانی مطلق و نسبی شغل واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل.....	۷۷
جدول شماره ۶- توزیع فراوانی مطلق و نسبی شغل همسران واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل.....	۷۸
جدول شماره ۷- توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت درآمد ماهانه خانواده واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل.....	۷۹
جدول شماره ۸- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سقط واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل.....	۸۰
جدول شماره ۹- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سابقه نازایی واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل.....	۸۱
جدول شماره ۱۰- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سابقه بیماری واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل.....	۸۲
جدول شماره ۱۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی حساسیت درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل قبل از آموزش ۸۳	

جدول شماره ۱۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل قبل از آموزش.....۸۴

جدول شماره ۱۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی منافع درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل قبل از آموزش.....۸۵

جدول شماره ۱۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی موانع درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل قبل از آموزش.....۸۶

جدول شماره ۱۵- توزیع فراوانی مطلق و نسبی حساسیت درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله....۸۷

جدول شماره ۱۶- توزیع فراوانی مطلق و نسبی حساسیت درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه قبل و بعد از آموزش در گروه کنترل.....۸۸

جدول شماره ۱۷- توزیع فراوانی مطلق و نسبی حساسیت درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه بعد از آموزش در گروه مداخله و کنترل..۸۹

جدول شماره ۱۸- توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله.....۹۰

جدول شماره ۱۹- توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه قبل و بعد از آموزش در گروه کنترل.....۹۱

جدول شماره ۲۰- توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه بعد از آموزش در گروه مداخله و کنترل.....۹۲

جدول شماره ۲۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی منافع درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله.....۹۳

جدول شماره ۲۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی منافع درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه قبل و بعد از آموزش در گروه کنترل.....۹۴

- جدول شماره ۲۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی منافع درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه بعد از آموزش در گروه مداخله و کنترل.....۹۵
- جدول شماره ۲۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی موانع درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله.....۹۶
- جدول شماره ۲۵- توزیع فراوانی مطلق و نسبی موانع درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه قبل و بعد از آموزش در گروه کنترل.....۹۷
- جدول شماره ۲۶- توزیع فراوانی مطلق و نسبی موانع درک شده نسبت به نوع روش زایمان واحدهای مورد مطالعه بعد از آموزش در گروه مداخله و کنترل.....۹۸
- جدول شماره ۲۷- توزیع فراوانی مطلق و نسبی نوع زایمان انتخاب شده قبل از آموزش در دو گروه مداخله و کنترل.....۹۹
- جدول شماره ۲۸- توزیع فراوانی مطلق و نسبی نوع زایمان انتخاب شده قبل و بعد از آموزش در گروه کنترل.....۱۰۰
- جدول شماره ۲۹- توزیع فراوانی مطلق و نسبی نوع زایمان انتخاب شده قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله.....۱۰۱
- جدول شماره ۳۰- توزیع فراوانی مطلق و نسبی نوع زایمان انتخاب شده بعد از آموزش در دو گروه مداخله و کنترل.....۱۰۲
- جدول شماره ۳۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی نوع زایمان انتخابی و انجام شده واحدهای مورد مطالعه در گروه کنترل.....۱۰۴
- جدول شماره ۳۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی نوع زایمان انتخابی و انجام شده واحدهای مورد مطالعه در گروه مداخله.....۱۰۵
- جدول شماره ۳۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی نوع زایمان انجام شده واحدهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل.....۱۰۶

فصل اول

معرفی پژوهش

بیان مسئله پژوهش:

زایمان یک نوزاد رویدادی ماوراءالطبیعه می باشد و معنای آن ما فوق جریانات فیزیولوژیکی است که در این مقوله رخ می دهد. زایمان همواره تفکرات زنان نسبت به خودشان را شکل می دهد و تاثیر بسزایی بر بهداشت روانی و اجتماعی مادران و اعضای خانواده آنان دارند. (نیکولز، اسمیت^۱ و هنمین، ۲۰۰۰، ص ۶۸ و ۶۷)

زایمان طبیعی یک روال فیزیولوژیک است و همه منافع در مسیری می باشد که طبیعت انتخاب کرده است. از منافع زایمان طبیعی برای مادر می توان به تقویت نظام روانی و جلوگیری از بروز عوارض روانی، افزایش شیر، جلوگیری از بروز یرقان های نوزادی و توسعه نظام عصبی نوزاد اشاره کرد (وزارت بهداشت و درمان، ۱۳۸۱). بهبودی مادر در زایمان طبیعی سریع تر از سزارین است به طوری که پس از گذشت ۶ هفته از زایمان، احتمال بازیافت انرژی طبیعی در خانم هایی که زایمان طبیعی داشته اند دو برابر کسانی است که به طریق سزارین وضع حمل نموده اند. همچنین مدت زمان بستری در بیمارستان در مادران سزارینی، ۲ برابر مادرانی است که طبیعی زایمان کرده اند. مرگ و میر مادران در زایمان طبیعی در مقایسه با سزارین بسیار کمتر است. خونریزی مادران سزارینی ۲ برابر مادرانی است که زایمان طبیعی داشته اند. در مقایسه با سزارین، عفونت رحمی به دنبال زایمان طبیعی نسبتاً ناشایع است (کانینگهام گانت، لونو، گیل استراپ، هاس و ون استروم، ۲۰۰۱، ص ۵۳۰)^۲.

انجام سزارین در قرن شانزدهم جهت نجات جان جنین از مادران فاسق آغاز شد (لی^۳، ۲۰۰۰ ص ۷) تا یکصد سال قبل، این جراحی تقریباً همیشه بعلت خونریزی و یا عفونت شدید منجر به مرگ مادران می شد. اما پس از تکنولوژی انتقال خون و ساخت آنتی بیوتیک های قوی، احتمال بروز این خطرات به میزان زیادی کاهش یافته است (نوری، ۱۳۸۳، ص ۳). امروزه سزارین تبدیل به یکی از مطمئن ترین جراحیها شده است با این حال در مقایسه با زایمان طبیعی خطر بیشتری برای مادر در بر دارد (مک کینی^۴، ۲۰۰۰، ص ۴۶۶). چرا که میزان مرگ و میر ناشی از سزارین هفت برابر زایمان طبیعی است

¹. Nichols, smith and Hnmeniu

². Cuningham, Gant, Leveno, Gilstrap, Hauth, Wenstrom

³. Lee

⁴. Mckinny

(گوئر^۱، ۲۰۱، ص ۲۴). عوارض آن شامل عفونت رحمی، مشکلات قلبی_ریوی، ترومبو آمبولیسم، خونریزی پس از زایمان، مشکلات جراحی مامایی و آسیب به لگن می باشد (مک کینی، ۲۰۰۰، ص ۴۶۶).

با اینکه عمل سزارین در مواقع ضروری باعث نجات جان مادر و کودک می شود، متأسفانه استفاده از این روش در مواقع غیرضروری به صورت بی رویه رواج یافته است (پروانه وار، ۱۳۸۲، ص ۱۰). آمار روز افزون سزارین در بسیاری از کشورهای جهان موجب نگرانی محققین و مسئولین بهداشتی و سلامت عمومی شده است. شیوع سزارین در اکثر کشورهای جهان تفاوت قابل ملاحظه ای با آمار مقبول اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی یعنی ۱۰ تا ۱۵ درصد تولدها دارد (ترنبال و ویلکینسون، یاسر، کارت، سویگوس و روبینسون، ۱۹۹۹، ص ۵۸۹).^۲ احتمالاً برزیل یکی از کشورهای است که بالاترین آمار سزارین را با رقم ۳۶٪ به خود اختصاص داده است (هوپکینز، ۲۰۰۱، ص ۷۲۵)^۳ طی بررسی در نیجریه میزان سزارین ۲۳/۱ درصد در سال های ۲۰۰۰-۲۰۰۳ نگران کننده ذکر شده بود (الاداپو، سوتونسا و سوال ادو، ۲۰۰۴، ص ۳۷۷).^۴ در کشور ما ایران میزان سزارین در سال ۱۳۷۹، ۳۵ درصد و در شهر تهران ۵۰ درصد گزارش شده است. در بیمارستان های دانشگاهی ۳۰ تا ۴۰ درصد زایمان ها از طریق سزارین و در مراکز خصوصی سهم این آمار به ۵۰ تا ۶۰ درصد می رسد. (وزارت بهداشت و درمان، ۱۳۸۱) آمار سزارین در شهرستان شاهرود نیز در سال ۱۳۸۴، ۵۰/۴۲ درصد بوده است. (اداره آمار دانشکده علوم پزشکی شاهرود، ۱۳۸۵)

با نگاهی صرفاً آماری به تعداد زایمان های طبیعی و سزارین در کشور، واقعیتی نه چندان خوشایند پدیدار می گردد و آن اینکه زایمان طبیعی به فراموشی سپرده می شود و گرایش به عمل سزارین نه تنها تشویق می شود بلکه در جامعه ما به یک فرهنگ و نشانه تجدد تبدیل گردیده است و کم کم آمار سزارین در کشور ما به یک رکورد و مرز فاجعه بار نزدیک می شود (پروانه وار، ۱۳۸۲، ص ۱۴). شیوع سزارین باعث شده تا توجهات به طرف این عمل جلب شود و به نظر می رسد که به علت اندیکاسیون های طبی نباشد (پروانه وار، ۱۳۸۲، ص ۱۲). در مبحث دلایل انتخاب زایمان به روش

¹. Goer

². Turnbull, Wilkinson, yaser, carty, svigos, Robinson

³. Hopkins

⁴. oladapo, sotunsa, sule, odu

سزارین باید گفت زمانی که یک سزارین انتخابی انجام می‌گردد احتمالاً تشخیص واقعی دلیل آن پشت تشخیص‌های ساده‌تری نظیر سزارین قبلی و تنگی لگن مخفی می‌شود (سایستو و هالمزماکی، ۲۰۰۳، ص ۲۰۱).^۱

رشد زایمان‌های سزارین عمدتاً ناشی از فاکتورهای غیر مامایی شامل افزایش استفاده از تکنولوژی در امر زایمان، ترس از شکایات بیماران، محرک‌های مالی، ترجیح پزشکان و فلسفه آموزش و تمرین در پزشکی با نگرشی پاتولوژیک نسبت به زایمان بوده است (گامبل و گردی، ۲۰۰۰، ص ۲۵۰).^۲ یکی از دلایل عمده افزایش سزارین، درخواست خود بیمار جهت این عمل می‌باشد (مارکس، ۲۰۰۱، ص ۱۲۵).^۳ علل درخواست بیمار جهت زایمان به روش سزارین شامل موارد ذیل است: الف) ترس از زایمان طبیعی (ترس از درد و تصور کم تحملی در برابر آن)، ب) تغییر شکل و شل شدگی در دستگاه تناسلی، ج) پیشنهاد همسر، پیشنهاد خانواده، دوستان، پیشنهاد پزشک و ماما، د) معاینات واژینال در برخی از موارد دردناک است و از دیدگاه برخی مادران مولد آسیب به مادر یا جنین تلقی می‌شود. (نوری، ۱۳۸۳، ص ۳۶). ترس از زایمان عامل ۷ تا ۲۲ درصد از زایمان‌های سزارین است. این ترس در زنان نخست‌زا بیش از زنان چندزا رایج می‌باشد (سایستو و هالمزماکی، ۲۰۰۳، ص ۲۰۱) و شایع‌ترین دلیل انتخاب سزارین در این دسته از زنان را تشکیل می‌دهد (هیلدینگسون، رادستار، روبرت سون و والسون استورم ۲۰۰۲، ص ۶۱۸).^۴

اجزاء اصلی در درمان ترس از زایمان طبیعی هر خانم باردار شامل آمادگی جهت انجام زایمان و حمایت در طی بارداری و زایمان می‌شود. بررسی‌ها نشان داده است که کلاس‌های آمادگی زایمان مؤثر بوده و خانم‌هایی که در این کلاس‌ها حضور نیافته‌اند، بیشتر مستعد اضطراب پس از زایمان و عوارض روانی متعاقب یک سزارین اورژانس شده‌اند (سایستو و هالمزماکی، ۲۰۰۳، ص ۲۰۵). در بحث پیرامون درخواست سزارین مادران، کیفیت اطلاعاتی که به آنان منتقل می‌شود مورد سؤال است (سایستو و هالمزماکی، ۲۰۰۳، ص ۲۰۷). در مواجهه با این درخواست باید مطمئن شد آیا حقیقتاً مادر اطلاعات ضروری جهت اخذ چنین تصمیمی را دارد. خانم‌ها باید از غیرقابل پیش‌بینی بودن بهبود پس از سزارین،

¹ Saisto, Halmesmaki

² Gamble, Greedy

³ Marx

⁴ Hildingson, Radestad, Rubertson, Walden Storm

درد و محدودیت‌های پس از این عمل و افزایش خطر دیسترس تنفسی نوزاد و سایر خطرات نوزادی و مادری آگاه باشند (گروه متخصصان مشاور سزارین در اسکاتلند، ۲۰۰۱، ص ۲۹). بدین جهت بایستی اطلاعات صحیح در مورد زایمان طبیعی یا سزارین با مادر مرور شود و سپس برنامه‌ای مکتوب بر اساس مشاوره برای زایمان وی تنظیم گردد (بولی، کاکبرن، ۲۰۰۲، ص ۶۰۲)^۱ تحقیقی که در انگلیس درباره مشارکت خانم‌ها در تصمیم‌گیری برای انجام سزارین صورت گرفته نشان داد که اکثر خانم‌ها از اطلاعاتی در طول حاملگی در مورد سزارین به آنها داده شده بود و نیز مشارکت آنان در تصمیم‌گیری جهت انجام سزارین راضی بودند. به هر حال نیمی از خانم‌ها قبل از ترخیص از بخش، نسبت به دلایل سزارین قانع نشده بودند. این تحقیق نتیجه گرفته بود که خانم‌های باردار در مورد نیاز به کسب اطلاعات و نیز تصمیم‌گیری برای انتخاب روش زایمان یکسان نیستند و لذا، کارکنان بهداشتی باید پاسخگوی نیازهای اطلاعاتی متفاوت خانم‌ها در سطوح مختلف باشند (گراهام، هاندلی، ۱۹۹۹، ص ۲۱۳)^۲. تمایل زنان به انتخاب روش زایمان نقش مهمی دارد که یکی از عوامل شکل‌گیری این تمایل، نحوه نگرش و میزان آگاهی خانم‌های باردار نسبت به روش‌های زایمانی است (فرجی در خانه، ظهیری سروری و فرجاد باستانی، ۱۳۸۲، ص ۷۰). در تحقیقی که بر روی خانم‌های باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران صورت گرفت میزان آگاهی خانم‌های باردار نسبت به روش‌های زایمانی در حد متوسط بود. این مسئله می‌تواند مبین عدم کفایت آموزش‌های لازم در دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران باشد (یارندی، رضایی، افتخار، سعادت، انصاری جعفری، ۱۳۸۱ ص ۲۰)

امروزه آموزش به مددجو به عنوان بخشی از فعالیت‌های کلیه افراد سیستم بهداشتی درمانی مورد پذیرش قرار گرفته و یکی از نقش‌های مهم پرستاران و ماماها نقش آموزشی آنان است. آموزش فعالیت‌هاست که موجب افزایش آگاهی و یادگیری فرد شده و در نتیجه تغییری در رفتار و تجربه فرد به وجود می‌آورد به طوری که باعث تغییر در عملکرد وی در موقعیت‌های جدید می‌شود اما قبل از ورود به یک برنامه آموزشی لازم است وسعت نیاز به آن برنامه بررسی شود زیرا مهم‌ترین مسئله در آموزش این است که مواد آموخته شده در زندگی فرد مورد نیاز باشد و دقیقاً آنچه را که مددجویان نیاز دارند به آنها آموزش داده شود (میرحقی‌جو و رضا ماسوله، ۱۳۸۴، ص ۱۰).

^۱. Bewely, Cockburn

^۲. Graham, Hundley

ارزش برنامه های آموزش بهداشت به میزان اثر بخشی این برنامه ها بستگی دارد و اثر بخشی برنامه های آموزش بهداشت به مقدار زیادی بستگی به استفاده صحیح از تئوری ها و مدل های مورد استفاده در آموزش بهداشت دارد. عبارت دیگر هرچقدر پشتوانه تئوریک مناسب به همراه نیاز های اساسی بهداشتی وجود داشته باشد، اثر بخشی برنامه های آموزش بهداشت بیشتر خواهد شد (وردی پور، ۱۳۸۳، ص ۷۵).

آموزش بهداشت با استفاده از تئوری ها یا مدل های آموزشی جهت افزایش آگاهی، تغییر نگرش و اتخاذ رفتارهای بهداشتی، مؤثر و اساسی است (ادلمن و مندل، ۲۰۰۲، ص ۲۴۹)^۱. بر اساس مطالعات انجام شده یکی از بهترین مدل هایی که در برنامه های آموزش بهداشت مورد استفاده قرار گرفته است «مدل باور بهداشتی» است که در سال ۱۹۵۰ مطرح شد و به تدریج توسعه یافت (RECAAP، ۲۰۰۴)^۲. اولین جزء این مدل «درک از استعداد ابتلا به یک بیماری» می باشد. جزء دوم آن «درک فرد از جدی بودن بیماری» است. این درک تحت تأثیر عوامل دموگرافیکی، متغیرهای روانی اجتماعی، تهدید درک شده از بیماری و راهنماهای عمل (مثل برنامه رسانه های گروهی، توصیه خانواده، دوستان و کارکنان بهداشتی درمانی) قرار گرفته و تعدیل می شود. سومین جزء آن «احتمال عمل» است که در نتیجه درک فرد از منافع و موانع کاربرد عمل مزبور می باشد (پوتروپری، ۲۰۰۳، ص ۳ و ۴)^۳ الگوی باور بهداشتی بر این قاعده استوار است که مردم زمانی نسبت به پیام های بهداشتی و پیشگیری از بیماری ها عکس العمل خوب و مناسبی از خود نشان می دهند که احساس کنند در معرض خطر قرار دارند، خطر تهدید کننده آنها بسیار جدی است، تغییر رفتار برای آنها منافع زیادی دارد و موانع موجود در جهت انجام رفتارهای بهداشتی را می توانند مرتفع سازند. در این شرایط است که مداخلات و برنامه های آموزشی احتمالاً مؤثر است (RECAAP، ۲۰۰۴) در این میان نقش کارکنان بهداشتی از جمله ماماها در آموزش افراد جامعه بسیار مهم و مؤثر می باشد (دانکلی، ۲۰۰۰، ص ۲۲)^۴ ماما را می توان از جمله افرادی دانست که به دلیل تماس مستمر و مداوم با مادر باردار قادر است در مورد مکانیسم زایمان طبیعی او را آگاه نموده و با ایجاد ارتباط عاطفی مناسب از ترس و اضطراب وی بکاهد. تجربه نشان می دهد که

1. Edelman&Mandel

2. Resource Center for adolescent Pregnancy Prevention.

3. Patter, Perry

4. Dunkley

معمولاً ترس ناشی از ناآگاهی است و ایجاد بصیرت باعث غلبه بر ترس می گردد(سیمکین و بالدینگ^۱، ۲۰۰۴، ص ۴۸۸). بنابراین این گروه میتوانند بوسیله آموزش بهداشت نقش مهمی در بالا بردن سطح اطلاعات، تصحیح تصورات و باورهای غلط، ایجاد نگرش های مطلوب و رفتارهای بهداشتی افراد جامعه داشته باشند.(اشتری، ۱۳۸۴، ص ۱۱۸)

بدین منظور با توجه به افزایش آمار سزارین و افزایش متقاضیان به این روش زایمانی بررسی تاثیر آموزش نسبت به انتخاب نوع روش زایمان بر اساس مدل باور بهداشتی در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری شهرستان شاهرود در سال ۱۳۸۶ ضروری به نظر می رسد تا بتوان با جهت دادن زایمان ها به سمت زایمان طبیعی شاهد بهبود وضع سلامت مادران و نوزادان که سلامت کل جامعه متأثر از آن می باشد باشیم. ضمناً شاید بتوان از نتایج این مطالعه جهت برنامه ریزی صحیح در رابطه با ترویج زایمان طبیعی استفاده نمود.

¹.Simkin & bolding

- اهداف پژوهش :

هدف اصلی پژوهش:

تعیین تأثیر آموزش نسبت به انتخاب نوع روش زایمان بر اساس مدل باور بهداشتی در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری شهرستان شاهرود در سال ۱۳۸۶

۲- اهداف فرعی پژوهش :

۱. مقایسه حساسیت درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبت های دوران بارداری گروه مداخله ، قبل و بعد از آموزش
۲. مقایسه حساسیت درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبت های دوران بارداری گروه کنترل ، قبل و بعد از آموزش
۳. مقایسه حساسیت درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار گروه مداخله و کنترل، بعد از آموزش
۴. مقایسه شدت درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبت های دوران بارداری گروه مداخله ، قبل و بعد از آموزش
۵. مقایسه شدت درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار گروه کنترل، قبل و بعد از آموزش
۶. مقایسه شدت درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبت های دوران بارداری گروه مداخله و کنترل، بعد از آموزش
۷. مقایسه منافع درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار گروه مداخله ، قبل و بعد از آموزش
۸. مقایسه منافع درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبت های دوران بارداری گروه کنترل، قبل و بعد از آموزش

۹. مقایسه منافع درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبت های دوران بارداری گروه مداخله و کنترل، بعد از آموزش
۱۰. مقایسه موانع درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبت های دوران بارداری گروه مداخله ، قبل و بعد از آموزش
۱۱. مقایسه موانع درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبت های دوران بارداری گروه کنترل، قبل و بعد از آموزش
۱۲. مقایسه موانع درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبت های دوران بارداری گروه مداخله و کنترل، بعد از آموزش
۱۳. تعیین تفاوت عملکرد زنان باردار متقاضی دریافت مراقبت های دوران بارداری نسبت به انتخاب نوع روش زایمان در گروه مداخله و کنترل، بعد از آموزش

۳- فرضیات پژوهش:

۱. حساسیت درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری گروه مداخله ، قبل و بعداز آموزش متفاوت است.
۲. حساسیت درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری گروه کنترل، قبل و بعداز آموزش تفاوت ندارد.
۳. حساسیت درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری گروه مداخله و کنترل ، بعداز آموزش متفاوت است.
۴. شدت درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری گروه مداخله ، قبل و بعد از آموزش متفاوت است
۵. شدت درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری گروه کنترل، قبل و بعد از آموزش تفاوت ندارد.
۶. شدت درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری گروه مداخله و کنترل، بعد از آموزش متفاوت است.

۷. منافع درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری گروه مداخله، قبل و بعد از آموزش متفاوت است.
۸. منافع درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری گروه کنترل، قبل و بعد از آموزش تفاوت ندارد.
۹. منافع درک شده نسبت به نوع زایمان (زایمان طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری گروه مداخله و کنترل، بعد از آموزش متفاوت است.
۱۰. موانع درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری گروه مداخله، قبل و بعد از آموزش متفاوت است.
۱۱. موانع درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری گروه کنترل، قبل و بعد از آموزش تفاوت ندارد.
۱۲. موانع درک شده نسبت به نوع زایمان (طبیعی-سزارین) در زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری گروه مداخله و کنترل، بعد از آموزش متفاوت است.
۱۳. عملکرد زنان باردار متقاضی دریافت مراقبتهای دوران بارداری نسبت به انتخاب روش زایمان در گروه مداخله و کنترل، بعد از آموزش متفاوت است.

پیش فرض‌های پژوهش:

۱. یکی از دلایل عمده افزایش سزارین، درخواست خود بیمار جهت انجام این عمل است (مارکس، ۲۰۰۱، ص ۱۲۴)
۲. ترس از زایمان عامل ۷ تا ۲۲ درصد از زایمان‌های سزارین است. این ترس در زنان نخست‌زا بیش از زنان چندزا رایج می‌باشد (سایستو و هالمزماکی، ۲۰۰۳، ص ۲۰۱).
۳. در بحث پیرامون درخواست سزارین مادران، کیفیت اطلاعاتی که به آنان منتقل می‌شود، مورد سؤال است (سایستو و هالمزماکی، ۲۰۰۳، ص ۳۲).
۴. میزان مرگ و میر ناشی از سزارین هفت برابر زایمان طبیعی است (گوئر، ۲۰۰۱، ص ۲۴).