

Original article

Factors Influencing the Choice of Delivery Method among Pregnant Women Referring to Comprehensive Health Centers Affiliated with Saveh University of Medical Sciences: Employing the Health Belief Model

Mahmood Karimy¹Zahra Arab Borzu²Parisa Hosseini Koukamari^{3*}

- 1- Associate professor, Department of Public Health, Social Determinants of Health Research Center, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran
- 2- Assistant Professor, Department of Biostatistics & Epidemiology, School of Public Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
- 3- Assistant professor, Department of Public Health, Student Research Committee, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

*Corresponding author: Parisa Hosseini Koukamari, Department of Public Health, Student Research Committee, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

Email: p.hosseini@gmail.com

Received: 07 May 2023

Accepted: 01 July 2023

ABSTRACT

Introduction and purpose: The caesarean method is used in Iran more than the standard rate recommended by the World Health Organization. Reducing the number of caesarean births and promoting natural births at all levels of the country's health system is a concern of the country's health policymakers. Therefore, the present research aimed to identify the effective factors in selecting the type of delivery based on the Health Belief Model.

Methods: This analytical cross-sectional study was conducted among 144 pregnant mothers in the comprehensive health centers of Saveh, Iran. A designed questionnaire based on the constructs of the Health Belief Model (Perceived susceptibility, Perceived severity, Perceived benefits, Perceived barriers, and Self-efficacy) and knowledge was used to determine the beliefs related to the type of the selected delivery. The collected data was analyzed in SPSS software (version 16).

Results: Out of 144 individuals, who participated in the study, 52.08% of mothers selected the natural method, and 47.91% chose caesarean as the preferred method of delivery. The structure of perceived barriers, with a mean of 56.50 had the highest mean in the caesarean delivery group. Based on the logistic regression, all six constructs of the Health Belief Model had an impact on predicting the type of delivery, and overall, the model, by 71%, could predict the pregnant mothers' preferred delivery type.

Conclusion: Health professionals can reduce the number of unnecessary caesarean births by designing and implementing educational interventions aimed at raising the level of awareness of pregnant mothers and focusing on psychological structures that are effective in behavior, including strengthening self-efficacy in women and removing obstacles regarding natural childbirth.

Keywords: Childbirth, Comprehensive health centers, Health belief mode, Pregnant mothers

► **Citation:** Karimy M, Arab Borzu Z, Hosseini Koukamari P. Factors Influencing the Choice of Delivery Method among Pregnant Women Referring to Comprehensive Health Centers Affiliated with Saveh University of Medical Sciences: Employing the Health Belief Model. Journal of Health Research in Community. Summer 2023;9(2): 54-65.

مقاله پژوهشی

عوامل مؤثر در انتخاب نوع زایمان در مادران باردار مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه؛ کاربردی از مدل اعتقاد بهداشتی

چکیده

محمود کریمی^۱زهرا عرب برزو^۲پریسا حسینی کوکمری^{۳*}

مقدمه و هدف: از آنجایی که روش سزارین در ایران بیش از استاندارد توصیه شده سازمان بهداشت جهانی است، کاهش تعداد زایمان سزارین و ترویج زایمان طبیعی در تمام سطوح نظام سلامت کشور مورد توجه سیاست گذاران سلامت کشور است. از این رو، شناسایی عوامل مؤثر در انتخاب نوع زایمان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی هدف این مطالعه قرار گرفته است.

روش کار: این مطالعه مقطعی تحلیلی در بین ۱۴۴ مادر باردار در مراکز جامع سلامت شهرستان ساوه در سال ۱۴۰۱ به انجام رسیده است. پرسش نامه طراحی شده مبتنی بر سازه های مدل اعتقاد بهداشتی (آگاهی، شدت، حساسیت، موانع، منافع، خودکارآمدی درک شده) جهت تعیین باورهای مرتبط با نوع زایمان انتخابی استفاده شد. داده های جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS ۱۶ آنالیز شدند و سطح معنی داری داده ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: از ۱۴۴ نفر شرکت کننده در مطالعه ۵۲/۰۸ درصد روش طبیعی و ۴۷/۹۱ درصد سزارین را به عنوان روش ترجیحی زایمان خود انتخاب کردند. سازه موانع شناخته شده با میانگین ۵۶/۵۰ بیشترین میانگین را در گروه زایمان سزارین داشت. بر اساس رگرسیون لجستیک انجام شده هر شش سازه مدل اعتقاد بهداشتی در پیش بینی نوع زایمان انتخابی زنان تأثیر داشتند و در کل، این مدل قادر به پیش بینی ۷۱ درصد از نوع زایمان انتخابی مادران باردار بود.

نتیجه گیری: متخصصین سلامت می توانند با طراحی و اجرای مداخلات آموزشی با هدف بالا بردن سطح آگاهی مادران باردار و هم چنین تمرکز بر سازه های روان شناختی مؤثر در رفتار، از جمله تقویت خودکارآمدی در زنان و رفع موانع مرتبط با زایمان طبیعی، زایمان های سزارین غیر ضروری را کاهش دهند.

کلمات کلیدی: زایمان، مدل اعتقاد بهداشتی، مادر باردار، مراکز جامع سلامت

۱. دانشیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران
۲. استادیار آمارزیستی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۳. استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران

* نویسنده مسئول: پریسا حسینی کوکمری، ساوه، پردیس دانشگاهی دانشکده علوم پزشکی ساوه

Email: p.hosseini@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۱۰

◀ **استناد:** کریمی، محمود؛ عرب برزو، زهرا؛ حسینی کوکمری، پریسا. عوامل مؤثر در انتخاب نوع زایمان در مادران باردار مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه؛ کاربردی از مدل اعتقاد بهداشتی. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، تابستان ۱۴۰۲؛ ۹(۲): ۶۵-۵۴.

مقدمه

یکی از چالش های بهداشت عمومی در دهه های اخیر، افزایش میزان سزارین بوده است [۱]. سزارین بخش عمده ای از جراحی های

جهان را به خود اختصاص داده است [۲]. حدود ۴۲ درصد از کل سزارین های انجام شده در دنیا بدون نیاز پزشکی بوده است ایران با ۴۷/۹ درصد و ترکیه ۴۷/۵ درصد بالاترین میزان سزارین را در آسیا دارند [۳،۴]. این در حالی است که طبق استاندارد سازمان جهانی بهداشت، میزان سزارین نباید از ۱۰ تا ۱۵ درصد در سطح جمعیت تجاوز کند [۵]. امروزه سزارین به تهدیدی برای سلامت مادر و جنین مبدل گردیده است که نه تنها از آن در شرایط ضروری، بلکه در شرایط عادی که امکان انجام زایمان طبیعی وجود دارد نیز استفاده می شود [۶]. این روند افزایشی سزارین غیر ضروری، نه تنها منجر به مشکلاتی چون افزایش خطر سقط جنین و مرده زایی در زنان و آسم و چاقی در آینده برای کودکان می گردد، بلکه بار اقتصادی برای سیستم مراقبت های بهداشتی نیز به همراه دارد [۷]. سزارین به دلایل مختلفی در بسیاری از جوامع به طور مداوم در حال افزایش است که در این بین دلایل غیر پزشکی در انتخاب آن سهم بسزایی داشته اند که از آن جمله، می توان به درخواست مادر، عوامل خطر درک شده از زایمان طبیعی، مستعد بودن (حساسیت درک شده)، عدم آگاهی از عوارض سزارین و ترس از درد زایمان طبیعی و نگرش منفی به زایمان طبیعی، درخواست همسر و تبلیغ زایمان سزارین، مسائل اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی اشاره کرد [۱۵-۱۰]. تحصیلات، وضعیت کاری، محل زندگی از دیگر عوامل شناسایی شده هستند [۳].

با وجود مزایای زایمان طبیعی و عوارض ناشی از سزارین، زنان باردار معمولاً نگرش منفی نسبت به این شیوه از زایمان دارند [۱۶]. ماهیت رفتارهای بهداشتی در دوران بارداری ممکن است نیاز به حفظ یا اصلاح رفتار داشته باشند و از آنجایی که بیشتر افراد جامعه از رفتارهای بهداشتی تبعیت نمی کنند، انتخاب یک مدل اولین گام در فرآیند برنامه ریزی برای تبیین دلایل این رفتارهاست [۱۷]. مدل اعتقاد بهداشتی، یک چهارچوب مفهومی برای درک و تخمین رفتارهای مرتبط با سلامتی را فراهم می کند و پیشنهاد می دهد که رفتار مربوط به سلامت فرد بستگی به ادراک فرد از پنج حوزه

حساسیت درک شده، شدت درک شده، مزایا و معایب انجام یک اقدام و خودکارآمدی درک شده از انجام آن رفتار دارد. در مطالعه انجام شده توسط دادی پور و همکاران، رابطه مستقیمی بین آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی با نوع زایمان به دست آمده است و بهترین پیش بینی برای انتخاب نوع زایمان، درک موانع و سپس آگاهی بوده است [۱۱]. ارائه ی اطلاعات کافی در مورد زایمان طبیعی و سزارین به مادران، ازجمله مزایا و معایب این دو شیوه زایمان و زمان بهبودی پس از هر دو روش، به منظور انتخاب بهترین تصمیم ضرورت دارد. تصمیمی که نه تنها بر رفاه حال مادر بلکه بر نوزاد نیز تأثیرگذار خواهد بود. به منظور افزایش کارآمدی اطلاع رسانی، جلب اعتماد مادران توسط متخصصین مراقبت های بهداشتی اهمیت ویژه ای دارد [۱۸]. مدل اعتقاد بهداشتی می تواند رابطه بین باورها و عوامل مرتبط با سلامتی و رفتارهای مادران را مشخص کند و به پیش بینی امکان انتخاب روش خاص تولد توسط او کمک کند.

با توجه به گزارش سازمان جهانی بهداشت که آمار سزارین در ایران را ۲۵ درصد بالاتر از نرخ جهانی گزارش کرده است شناسایی عوامل تعیین کننده در انتخاب نوع زایمان سزارین در بین مادران باردار می تواند گامی مهم در جهت برنامه ریزی برای کاهش سزارین های غیر ضروری باشد [۱۹]. لذا در این پژوهش باورهای مؤثر در انتخاب نوع روش زایمان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در بین مادران باردار شهرستان ساوه مورد بررسی قرار گرفته است.

روش کار

این مطالعه توصیفی-تحلیلی، از نوع مقطعی در بازه زمانی بهار تا پاییز ۱۴۰۱ بر روی مادران باردار مراجعه کننده به مراکز تحت پوشش مراکز سلامت جامع شهری شهر ساوه جهت دریافت مراقبت های معمول بارداری انجام یافت. محقق با مراجعه حضوری

سوم، سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با یک طیف لیکرتی ۵ سطحی بررسی شدند. سازه‌ها شامل حساسیت درک شده، ۶ سؤال با امتیاز ۶-۳۰، شدت درک شده، ۷ سؤال با امتیاز ۷ تا ۳۵، معایب درک شده، ۱۷ سؤال با امتیاز ۱۷-۹۵، ۲۱ سؤال شامل منافع درک شده مربوط به زایمان طبیعی با ۵ تا ۱۰۵ امتیاز، خودکارآمدی درک شده، ۵ سؤال با امتیاز ۵ تا ۲۵ و در بخش چهارم سؤال مربوط به قصد رفتاری برگرفته از تئوری عمل منطقی، شامل ۱ سؤال است. پایایی پرسش‌نامه حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است [۲۱].

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام یافت. آمار توصیفی فراوانی و میانگین انحراف معیار و هم‌چنین بررسی تحلیلی با آزمون‌های کای دو، آزمون تی مستقل و رگرسیون انجام یافت.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۴۴ زن حامله مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان ساوه مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۲۹/۱۸ و میانگین سن ازدواج در این گروه ۲۰ سال به دست آمد. ۶۷/۴ درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه، تحصیلات دانشگاهی داشتند. هم‌چنین بیشترین فراوانی تحصیلات در بین همسرانشان با ۶۸/۸ درصد به تحصیلات دانشگاهی اختصاص داشت. ۸۷ درصد زنان، خانه‌دار و همسرانشان ۵۴/۲ درصد شغل کارگری داشتند. ۴۹/۳ درصد زنان در خانه اجاره‌ای ساکن بودند. ۴۶/۶ درصد زنان وضعیت اقتصادی خود را متوسط ارزیابی کرده‌اند. روابط بین متغیرهای دموگرافیک و نوع زایمان انتخابی با استفاده از آزمون کای دو مورد بررسی قرار گرفته است.

به مراکز و ضمن بیان اهداف تحقیق به مادران، پرسش‌نامه‌ها را در اختیار مادران بارداری قرار دادند که در سه ماهه سوم بارداری با معیارهای ورود، شامل محدوده سنی ۱۸ تا ۳۵ سال، قد بالای ۱۴۵ سانتی‌متر، وزن ۵۰ تا ۹۰ کیلوگرم، نخست‌زایی، سن حاملگی حداقل ۲۸ هفته و تمایل برای شرکت در مطالعه بودند [۲۰]. هم‌چنین مادران باردار با دارا بودن معیارهایی چون مشکلات جفت، بارداری چندقلویی، لگن کوچک، دیابت بارداری، سابقه فشارخون بالا، پره اکلامپسی بارداری و سقط قبلی، از مطالعه خارج شدند.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{(\omega)^2} \quad \omega = \frac{1}{2} \log \frac{1+r}{1-r}$$

بر اساس فرمول ضریب همبستگی بین سازه‌ها و انتخاب نوع زایمان $r = 0.2$ ، با آلفای ۰/۰۵ و توان ۹۰ درصد، تعداد نمونه ۹۷ نفر به دست آمد که با در نظر گرفتن ریزش و با توجه به دسترسی به نمونه بیشتر، ۱۴۴ نفر وارد مطالعه شدند.

با توجه به اینکه مراکز جامع سلامت شهری، ۶ مرکز هستند، نمونه‌گیری ابتدا به‌صورت خوشه‌ای در بین مراکز انجام شد پس از انتخاب سه خوشه در مرحله بعد به شکل تصادفی با استفاده از شماره پرونده خانوار در سامانه، مادران دارای معیارهای ورود به شکل تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه اعتبارسنجی شده توسط محتشم غفاری و همکاران است. پرسش‌نامه هدف شامل چهار بخش، که بخش اول آن شامل اطلاعات دموگرافیک است. بخش دوم شامل سؤالات آگاهی (۲۰ سؤال) و دامنه امتیازات بین ۰ تا ۲۰ با طیف (گزینه درست ۱ گزینه غلط ۰) خواهد بود. در بخش

جدول ۱: نتایج آزمون خی دو برای مقایسه فراوانی دو گروه از لحاظ انتخاب نوع زایمان بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	طبقات	نوع زایمان		میزان خی دو	P
		طبیعی	سزارین		
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۷	۲۰	۰/۸۰	۰/۳۷
	دانشگاهی	۴۸	۴۹		
	ضعیف	۱۸	۵		
وضعیت اقتصادی اجتماعی	متوسط	۴۶	۴۷	۸/۴۰	۰/۰۱
	خوب	۱۱	۱۷		
	شخصی	۲۶	۳۹		
وضعیت مسکن	اجاره‌ای	۴۵	۲۶	۶/۹۳	۰/۰۰۸
	سازمانی	۴	۴		
	خانه‌دار	۷۰	۵۶		
وضعیت شغلی	کارمند	۵	۱۳	۴/۸۷	۰/۰۲
	زیر دیپلم	۲۵	۲۰		
	دانشگاهی	۵۰	۴۹	۰/۳۱	۰/۵۶
وضعیت شغلی همسر	کارگر	۴۹	۲۹		
	کارمند	۸	۱۵	۸/۱۶	۰/۰۱
	آزاد	۱۸	۲۵		

میزان خی دو به دست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های دو گروه در تحصیلات برابر با ۰/۸۰ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیست ($P=0/37$). بنابراین دو گروه از نظر تحصیلات تفاوت معناداری با هم ندارند. مقایسه فراوانی‌های دو گروه در چهار طبقه وضعیت اقتصادی-اجتماعی برابر با ۸/۴۰ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار است ($P=0/02$). بنابراین دو گروه

از نظر وضعیت اقتصادی اجتماعی تفاوت معناداری با هم دارند. مقایسه فراوانی‌های دو گروه در سه طبقه وضعیت مسکن برابر با ۶/۹۳ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار است ($P=0/05$). بنابراین دو گروه از نظر وضعیت مسکن تفاوت معناداری با هم دارند. مقایسه فراوانی‌های دو گروه در چهار طبقه وضعیت شغلی برابر با ۴/۸۷ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی	تعداد		میانگین		انحراف معیار	
	طبیعی	سزارین	طبیعی	سزارین	طبیعی	سزارین
آگاهی	۷۵	۶۹	۱۴/۱۳	۱۱/۱۳	۳/۲۶	۳/۸۷
حساسیت درک شده	۷۵	۶۹	۱۸/۷۶	۱۶/۹۸	۱۲/۴	۲/۵۷
شدت درک شده	۷۵	۶۹	۲۵/۳۰	۲۱/۳۶	۴/۸۰	۲/۸۱
منافع درک شده	۷۵	۶۹	۸۱/۲۲	۵۳/۰۸	۱۵/۸۴	۲۲/۵۶
موانع درک شده	۷۵	۶۹	۴۶/۲۶	۵۶/۵۰	۱۸/۰	۱۲/۱۸
خودکارآمدی	۷۵	۶۹	۱۵/۶۹	۱۳/۱۴	۶/۲۸	۴/۷۱

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص نوع زایمان

سازه‌ها	آزمون لون		سنجش تفاوت بین گروه‌ها		
	مقدار F	معناداری	مقدار t	درجه آزادی	معناداری
آگاهی	۲/۳۲	۰/۱۲	۵/۰۴	۱۴۲	۰/۰۱
حساسیت درک شده	۱۷/۰۰	۰/۰۱	۳/۱	۱۲۵/۵۱	۰/۰۰۲
شدت درک شده	۲۲/۵۷	۰/۰۰	۶/۰۶	۱۲۱/۲۸	۰/۰۰
منافع درک شده	۲۴/۹۶	۰/۰۰	۸/۵۹	۱۲۰/۸۱	۰/۰۰
موانع درک شده	۲۵/۹۳	۰/۰۰	۳/۹۶	۱۴۲	۰/۰۰
خودکارآمدی	۱۵/۲۴	۰/۰۰	۲/۷۶	۱۳۶/۵۹	۰/۰۰۶

است ($P=0/02$). بنابراین دو گروه از نظر وضعیت شغلی تفاوت معناداری با هم دارند. مقایسه فراوانی‌های دو گروه در وضعیت تحصیلی همسر برابر با $0/31$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیست ($P=0/56$). بنابراین دو گروه از نظر وضعیت شغلی تفاوت معناداری با هم ندارند. مقایسه فراوانی‌های دو گروه در سه طبقه وضعیت شغلی همسر برابر با $8/16$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار است ($P=0/01$). بنابراین دو گروه از نظر وضعیت شغلی همسر تفاوت معناداری با هم دارند (جدول ۱). در بررسی رابطه بین سن و نوع زایمان انتخابی افراد مورد بررسی، ضریب اتا رابطه ضعیفی را نشان داد ($Eta=0/09$)

بررسی فراوانی، میانگین و انحراف معیار سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در جدول ۲ نشان داده شده است (جدول ۲).

همچنین به منظور مقایسه میانگین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بین زنانی که قصد انجام زایمان به روش طبیعی و سزارین را داشتند آزمون تی مستقل به کار گرفته شد (جدول ۳).

بر اساس آزمون تی مستقل انجام شده تفاوت معنی‌داری بین نمرات زنانی که قصد انجام روش طبیعی ($M=14/13$) و $3/26$ ($SD=11/13$) و زنانی که قصد انتخاب روش سزارین ($M=11/13$) و $3/87$ ($SD=5/04$) را داشتند در سازه آگاهی وجود نداشت ($t=5/04$ و $P=0/2$). مقدار تفاوت در میانگین‌ها $1/02$ به دست آمده است. آزمون تی مستقل در سازه حساسیت درک شده در بین زنانی

که قصد انجام روش طبیعی ($M=18/76$ و $SD=12/4$) و زنانی که قصد انتخاب روش سزارین ($M=16/98$ و $SD=2/57$) را داشتند تفاوت معناداری را نشان داد ($t=17/00$ و $P=0/002$). هم‌چنین سازه شدت درک شده تفاوت معنی‌داری بین نمرات زنانی که قصد انجام روش طبیعی ($M=25/30$ و $SD=4/80$) و زنانی که قصد انتخاب روش سزارین ($M=21/36$ و $SD=2/81$) را داشتند نشان داد ($t=6/06$ ، $P=0/00$). در بررسی نمرات منافع درک شده نیز تفاوت معنی‌داری بین نمرات زنانی که قصد انجام روش طبیعی ($M=81/22$ و $SD=15/84$) و زنانی که قصد انتخاب روش سزارین ($M=53/08$ و $SD=22/56$) را داشتند وجود داشت ($t=0/00$ و $P=0/00$). مقایسه نمرات موانع درک شده در بین زنان تفاوت معنی‌داری را بین نمرات زنانی که قصد انجام روش طبیعی ($M=56/50$ و $SD=18/0$) و زنانی که قصد انتخاب روش سزارین ($M=46/26$ و $SD=18/18$) را داشتند نشان داد ($t=3/96$ و $P=0/00$). آزمون تی در سازه نمرات خودکارآمدی، تفاوت معنی‌داری بین نمرات زنانی که قصد انجام روش طبیعی ($M=15/69$ و $SD=28/6$) و زنانی که قصد انتخاب روش سزارین ($M=13/14$ و $SD=71/4$) را داشتند نشان داد ($t=2/76$ و $P=0/006$). تفاوت میانگین در سازه‌های حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی به ترتیب $1/77$ ، $3/94$ ، $3/94$ ، $10/24$ ، $2/54$ به دست آمد که این تفاوت میانگین‌ها معنادار

به دست آمد.

برای سنجش تأثیر سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بر احتمالی که زنان باردار نوع زایمان خود را گزارش کردند رگرسیون لجستیک اجرا شد. مدل شامل شش متغیر پیش بین (آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده) بود. مدل کلی که شامل همه پیش بین ها بود از لحاظ آماری معنی دار بود ($\chi^2=99.6$ df=

$P=0.00$). این نشان می دهد که مدل قادر است بین مخاطبان در نوع زایمان تفاوت قائل شود. مدل به عنوان یک کل بین 0.53% (مجدور R کاکس و اسنل) و 0.71 (مجدور R نگل کرک) از واریانس نوع زایمان را طبقه بندی کرده است. بر اساس این مدل، شانس داشتن بارداری سزارین در افراد دانشگاهی 25% درصد بیشتر از افرادی است که زیر دیپلم هستند، شانس سزارین برای زنانی که همسرانشان تحصیلات دانشگاهی داشتند 0.58 برابر افرادی

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک برای پیش بینی نوع زایمان سزارین

متغیرها	B	S.E	P	OR	۹۵٪ فاصله اطمینان برای نسبت احتمال	حد بالا	حد پایین
تحصیلات مادر باردار							
دانشگاهی	۰/۲۳	۵/۰۲۳	۰/۷۶۳	۰/۲۵	۴/۹۵		۰/۳۱۷
زیر دیپلم (رفرنس)							
تحصیلات همسر							
دانشگاهی	- ۰/۵۴۳	۰/۷۵۹	۰/۷۷۴	۰/۵۸۱	۲/۵۷		۰/۱۳۱
زیر دیپلم (رفرنس)							
شغل							
خانه دار (رفرنس)							
کارمند	۱/۹۲	۰/۹۳۶	۰/۳۹	۶/۸۸	۴۳/۳		۱/۰۹
شغل همسر							
کارگر (رفرنس)							
کارمند	۰/۷۳۱	۰/۸۲۳	۰/۳۷۴	۲/۰۷۷	۱۰/۴		۰/۴۱
آزاد	- ۰/۱۴۹	۰/۶۹۵	۰/۸۳	۰/۸۶۱	۳/۳۶		۰/۲۲
مسکن							
شخصی (رفرنس)							
اجاره ای	- ۰/۲۲۳	۰/۶۳۹	۰/۷۲۷	۰/۸	۲/۷۹		۰/۸۸۹
وضعیت اقتصادی							
ضعیف (رفرنس)							
متوسط	۰/۶۵۸	۰/۸۳۱	۰/۴۲۹	۱/۹۳	۹/۸۴		۰/۳۷
خوب	۱/۰۱۷	۱/۰۵۱	۰/۳۳	۲/۷۶	۲۱/۷		۰/۳۵
آگاهی							
حساسیت درک شده	۰/۱۶۲	۰/۰۸۹	۰/۰۶۸	۰/۸۵	۱/۰۱		۰/۸۷
شدت درک شده	- ۰/۳۲۱	۰/۱۰۲	۰/۰۰۲	۰/۱۲۵	۰/۸۸		۰/۷۱۵
منافع درک شده	- ۰/۰۶۸	۰/۰۱۶	۰/۰۰۱	۰/۹۳۴	۰/۹		۰/۵۹
موانع درک شده	۰/۰۴۹	۰/۰۲۱	۰/۰۲۵	۱/۰۴۹	۱/۰۰۶		۰/۹۶
خودکارآمدی	- ۰/۱۴۵	۰/۰۵۹	۰/۰۱۴	۰/۸۶۵	۰/۹۷۲		۱/۰۹۳
							۰/۷۷۱

گرفته است، در سرتاسر جهان نرخ انجام زایمان سزارین در حال افزایش است [۲۵، ۴]. یافته‌های بعضی مطالعات پیشنهاد کرده‌اند که اگر میزان سزارین بالاتر از محدوده توصیه‌شده WHO افزایش یابد، در نتیجه خطر بروز سایر مشکلات مرتبط با سلامت عمومی برای مادران و کودکان نیز افزایش می‌یابد [۲۸-۲۶].

بر اساس یافته‌های مطالعه، بین دو گروه زنان حامله، وضعیت اقتصادی اجتماعی، وضعیت مسکن، وضعیت شغلی در انتخاب نوع روش زایمان متفاوت به دست آمده است که همسو با مطالعات انجام‌یافته است که در آن‌ها درآمد ماهیانه در ترجیح مادر تأثیر داشتند [۲۲]. بین سایر متغیرهای دموگرافیک چون تحصیلات خود زن باردار و تحصیلات همسر، هم‌چنین سن زنان باردار ارتباط معناداری به دست نیامد که همسو با یافته‌های مطالعات انجام‌یافته در این زمینه است [۲۹، ۳۰، ۲۵].

مادران باردار شرکت‌کننده در مطالعه از نظر متغیرهای تحصیلات خود و همسرشان تفاوت معناداری با هم نداشتند، افشاری و همکاران نیز در مطالعه خود در بین زنان باردار از لحاظ متغیرهای تحصیلات تفاوت معناداری به دست نیاوردند البته این تفاوت در سایر متغیرها از جمله شغل و وضعیت اقتصادی نیز معنادار نبوده است که همسو با مطالعه ما نیست [۲۹].

در مطالعه مداخله‌ای انجام‌شده بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی محققین تفاوت معناداری در سن ازدواج همسران، شغل و وضعیت اقتصادی پیدا نکردند که همسو با مطالعه ما نیست [۲۱]. وضعیت اقتصادی اجتماعی در مطالعه انجام‌شده در بین زنان باردار در اهواز بین دو گروه با زایمان طبیعی و سزارین تفاوت معناداری را نشان داده است که همسو با مطالعه ما است [۱۵]. مدل اعتقاد بهداشتی در مطالعات مختلفی به منظور بررسی زایمان ترجیحی مادران باردار و یا آموزش انتخاب نوع زایمان به کار رفته است. زمانی علویجه و همکاران در مطالعه خود بین تمامی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و روش زایمان انتخابی ارتباط معنی‌داری گزارش کرده‌اند [۱۵]. افشاری و همکاران، زنان نخست‌زای شهر سمیرم را

بوده که تحصیلات زیر دیپلم داشته‌اند، این شانس در زنانی که کارمند بودند ۶/۸۸ برابر زنان خانه‌دار بوده، هم‌چنین در زنانی که همسرانشان کارمند بودند ۲/۰۷ برابر بیشتر از کارگران و در مشاغل آزاد ۰/۸ برابر بیشتر از کارگران بوده است. زنان ساکن در منازل استیجاری ۰/۸ برابر شانس زایمان بیشتری از زنان با منزل شخصی داشتند. شانس سزارین برای افرادی که وضعیت اقتصادی متوسط دارند ۱/۹۳ برابر افرادی است که وضعیت اقتصادی‌شان ضعیف است، این نسبت برابر ۲/۷۶ در افرادی است که وضعیت اقتصادی خوب دارند. هم‌چنین همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است هر شش سازه مدل اعتقاد بهداشتی به‌طور آماری سهم در مدل داشته‌اند و قوی‌ترین پیش‌بین موانع درک شده با نسبت احتمالی ۱/۰۴ است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی متغیرهای دموگرافیک و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در پیش‌بینی نوع زایمان زنان حامله مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان ساوه پرداخته است.

در مطالعه حاضر تعداد کسانی که قصد انجام زایمان طبیعی را داشتند تقریباً مشابه افرادی بود که برای زایمان خود روش سزارین را انتخاب کرده بوده‌اند. در مطالعه انجام‌یافته در ترکیه در بین ۱۵۸۸ زن حامله نشان داده است که ۸۴ درصد زنان قصد انجام زایمان طبیعی و فقط ۱۵/۹ درصد از این جمعیت سزارین را به‌عنوان روش ترجیحی خود انتخاب کرده‌اند [۲۲]. مطالعات دیگری در قاره آسیا در کشور کره تمایل زنان به زایمان طبیعی را ۹۶/۹٪ و در سنگاپور ۹۵/۱٪ گزارش کرده‌اند [۲۳، ۲۴]. یافته‌های متفاوت به دست آمده در این مطالعه، می‌تواند به دلیل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان شرکت‌کننده در این مطالعه باشد. با این‌که سازمان بهداشت جهانی نیز نرخ ۱۰ تا ۱۵ درصد را برای انجام زایمان سزارین بهینه در نظر

در انتخاب نوع زایمان مورد بررسی قرار داده‌اند و تمامی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در مطالعه آن‌ها معنادار بوده است [۲۹]. ارتباط معنی‌داری بین نمره سازه درک شده، منافع درک شده با نوع زایمان انتخابی در مطالعه لوک و همکاران به دست آمده است [۳۱]. در مطالعه باقیانی مقدم و همکاران ارتباط معناداری بین قصد انتخاب روش زایمان و سازه‌های منافع درک شده، حساسیت درک شده و خودکارآمدی درک شده به دست آمده است، اما بین آگاهی و سازه شدت درک شده با قصد زایمان ارتباط معناداری به دست نیامده است [۳۲]. چون سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی متأثر از نگرش‌ها و باورهای جمعیت هدف است در مطالعات مختلف نتایج متفاوتی را شاهد هستیم [۳۳].

میانگین آگاهی در مطالعه حاضر ۱۴/۱۳ به دست آمده است. سطح آگاهی در مورد روش‌های زایمانی در مطالعات نتایج متفاوتی داشته ولی اکثر مطالعات سطح آگاهی متوسط به بالا را در مورد روش‌های زایمانی گزارش کرده‌اند [۳۴]. در مطالعه دادی‌پور و همکاران میانگین سطح آگاهی در بین زنان با قصد انجام زایمان طبیعی ۴۸/۵۸ به دست آمده است و در بین زنان با قصد انتخاب روش سزارین ۳۵/۳۴ و بین این دو گروه اختلاف معناداری مشاهده شده است [۱۱]. میانگین آگاهی زنان در مطالعه افشاری و همکاران در گروه زایمان طبیعی ۷/۲ و زایمان سزارین ۵/۱ به دست آمده است که نشان دهنده سطح آگاهی ضعیف در این مطالعه است اما برخلاف مطالعه حاضر، بین دو گروه تفاوت معناداری در میزان آگاهی به دست آمده است [۲۹]. در مطالعه بحری و همکاران نیز بین آگاهی و انتخاب نوع زایمان رابطه‌ای وجود نداشت با توجه به این که زنان در مراجعه به مراکز جامع سلامت آموزش‌های مشابهی را از مراقبین سلامت در خصوص بارداری دریافت می‌کنند، هم‌چنین با توجه به اینکه اولین زایمان خود را تجربه می‌کنند و به دنبال اطلاعات در این زمینه هستند، هرچند سطح آگاهی مطلوبی در این مطالعه به دست نیامده است اما این عدم اختلاف بین دو گروه قابل توجه است. با آموزش‌های

لازم در مراکز جامع سلامت در حین مراقبت‌های پیش از بارداری می‌توان تا حدود زیادی سطح آگاهی زنان در انتخاب نوع زایمان را افزایش داد. چون سازه آگاهی در انتخاب روش زایمان سزارین نقش مهمی دارد [۳۵].

میانگین نمره موانع درک شده در انتخاب روش زایمان در گروهی که روش انتخابی آن‌ها زایمان طبیعی بود پایین‌تر از مادران باردار با انتخاب روش سزارین به دست آمد. زنان که روش سزارین را انتخاب کرده‌اند موانع زیادی از جمله ترس از درد زایمان طبیعی، حفظ جذابیت ظاهری، خواست پزشک، جلوگیری از آسیب رسیدن به دستگاه ادراری، خجالت کشیدن، ترس از اینکه سلامتی فرزند تهدید شود و ... را پیش روی خود می‌دیدند. بر اساس مطالعات انجام یافته، موانع درک شده مهم‌ترین عامل در انجام زایمان طبیعی بوده است ترس از درد زایمان تأثیرگذارترین مانع درک شده در جهت انتخاب نوع زایمان بوده است [۲۲، ۱۵]. می‌توان با انجام مداخلات روان‌شناختی در راستای کاهش و رفع این موانع اقداماتی را انجام داد. در مطالعه حاضر مادران باردار در گروهی که زایمان طبیعی را روش ترجیحی خود دانسته‌اند در میانگین نمره مزایای درک شده از زایمان طبیعی نمره بالاتری نیز به دست آورده‌اند.

در مطالعات مزایای زایمان طبیعی و موانع انجام زایمان سزارین بررسی شده است. از جمله فواید انجام زایمان طبیعی بهبودی زودتر، ترخیص زودتر از بیمارستان، روش فیزیولوژیک بودن و سابقه زایمان طبیعی قبلی، عنوان شده است [۲۲]. امکان انتخاب زمان مناسب زایمان، امکان برنامه‌ریزی برای وقت زایمان، ترس از نداشتن آشنا یا دوست در هنگام زایمان طبیعی، ترس از اختلال در عملکرد جنسی پس از زایمان طبیعی، پوشش بیمه درمانی به منظور تأمین هزینه‌های زایمان سزارین از جمله علل گرایش به سزارین انتخابی بوده‌اند [۱۵]. می‌توان گفت مادران زمانی قصد انتخاب روش زایمان طبیعی را خواهند داشت که موانع کمتری را احساس کنند منافع انجام زایمان طبیعی را به‌خوبی درک کنند و احساس

[۳۹]. مثلاً خودکارآمدی زنان از طریق تجارب آموزشی و با تمرکز بر احساس کنترل و توانایی آنها برای زایمان طبیعی قابل افزایش است. در این زمینه استفاده از الگوهای نقش و فعالیت‌هایی چون تکنیک‌های آرام‌سازی می‌تواند کمک‌کننده باشد. در مداخلات آموزشی جهت ارتقاء انجام زایمان ایمن، باید افزایش مهارت و توانایی زنان باردار جهت انجام زایمان طبیعی مورد توجه قرار گیرد. همچنین می‌توان با برگزاری جلسات آموزشی به ویژه جلسات بحث گروهی در مراکز جامع سلامت در جهت دادن اطلاعات و راهکارهای کافی در خصوص رفع موانع درک شده افراد جهت انجام زایمان طبیعی اقداماتی صورت داد. انجام مداخلاتی در جهت افزایش سازه‌های انگیزشی چون حساسیت و شدت درک شده می‌تواند افرادی را که در انتخاب زایمان سزارین مردد هستند به سمت زایمان طبیعی سوق دهد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم بررسی سازه‌های تلفیقی از سایر مدل‌ها است که بتوان تمامی تعیین‌کننده‌های دخیل در انتخاب نوع زایمان را پوشش داد که البته با توجه به تعداد زیاد سؤالات و وضعیت زنان حامله امکان انجام آن میسر نبود، پیشنهاد می‌شود سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در کنار سایر مدل‌ها، در کلاس‌های آموزشی دوران بارداری، تدوین برنامه‌های آموزشی طراحی و به کار گرفته شود. با توجه به اثرگذاری و اهمیت این سازه‌های روان‌شناختی لازم است سیاست‌گذاری‌های اصولی در جهت آموزش کارکنان مراکز جامع سلامت در زمینه الگوهای تغییر رفتار و اهمیت آنها در آموزش‌ها و طراحی مداخلات اعمال گردد.

قدردانی

نویسندگان از معاونت تحقیقات و فناوری دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه به خاطر حمایت مالی این مطالعه با کد اخلاق IR.SAVEHUMS.REC.۱۴۰۱.۰۰۷ تشکر و قدردانی می‌کنند.

کنند در صورت انجام سزارین خطرات و عوارضی سلامت خود و نوزادشان را تهدید می‌کند [۳۲]. یکی از موانع مؤثر بر نوع زایمان طبیعی، ترس است بر اساس مطالعه انجام شده ترس از صدمه به دستگاه تناسلی ۸/۸ درصد، ترس از درد شدید زایمان طبیعی ۵۲/۵ درصد، ترس از احتمال صدمه به نوزاد ۶/۲ درصد گزارش شده است که از آگاهی کم نشأت می‌گیرد. بنابراین ایجاد باور درست منجر به غلبه بر ترس خواهد شد [۱۵، ۳۶].

نمره خودکارآمدی درک شده در گروه با قصد زایمان طبیعی بالاتر از گروه با ترجیح زایمان سزارین بوده است. خودکارآمدی را می‌توان نقطه اتصال بین آگاهی و قصد و بروز رفتار دانست. در مطالعه خرسندی و همکاران خودکارآمدی زنان باردار مورد بررسی قرار گرفته است و این سازه عنصر کلیدی در انتخاب روش زایمان و کنترل ترس از زایمان بوده است [۳۷].

در مطالعه حاضر نمره حساسیت و شدت درک شده بین دو گروه تفاوت معناداری داشت که با مطالعات انجام یافته همسو است [۱۰، ۳۸]. در این مطالعه سازه شدت درک شده یکی از قوی‌ترین پیش‌بین‌های قصد انجام زایمان طبیعی در بین مادران باردار بوده است نشان دهنده این مسئله است که مادران باردار بیشتر در مورد عوارض سزارین اطلاعات کسب کرده‌اند و خود را در معرض خطر زایمان سزارین دیده‌اند. هر چند در مطالعه انجام یافته توسط باقیانی مقدم و همکاران سازه حساسیت درک شده سازه مهم‌تری بوده و نویسندگان معتقدند با دادن اطلاعات کافی در زمینه فواید انجام زایمان طبیعی بهتر می‌توان انجام رفتار را افزایش داد تا دادن اطلاعات در مورد عوارض انجام یک رفتار [۳۲].

در مطالعه حاضر کلیه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی از عوامل مؤثر در انتخاب نوع زایمان بوده‌اند. بنابراین در مداخلات آموزش بهداشت جهت کاهش میزان سزارین غیرضروری، پرداختن به این عوامل فردی روان‌شناختی می‌تواند کمک‌کننده باشد. با بررسی تعیین‌کننده‌های یک رفتار می‌توان شناخت بیشتری از نحوه تغییر رفتار و طراحی مداخلات بهتری در جهت اصلاح رفتار داشت

تعارض در منافع

هیچ گونه تعارض منافی ندارند.

نویسندگان این مطالعه اظهار می دارند که با هیچ فرد و سازمانی

References

1. Pourshirazi M, Heidarzadeh M, Taheri M, Esmaily H, Babaey F, Talkhi N, et al. Cesarean delivery in Iran: a population-based analysis using the Robson classification system. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022; 22(1): 185.
2. Golmakani N, Pourshirazi M, Ebrahimzadeh Zagami S, Esmaili H, Tara F. The relationship between Cormic Index and labor progress. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(175): 7-15 (Persian).
3. Mitchell J. Public Health Challenges in Cesarean Section Deliveries. *Clin Mother Child Health*. 2022; 13: 395.
4. Betrán AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM, Aleem HA, Althabe F, et al. WHO statement on caesarean section rates. *BJOG* 2016; 123(5): 667-70.
5. Mosadeghrad AM, Tajvar M, Janbabai G, Parsaiian M, Babaey F, Eslambolchi L. Effect of Iran's normal delivery promotion plan on the cesarean delivery rates: An interrupted time series study. *Hayat* 2020; 26(2): 144-62 (Persian).
6. Ghorbani F, Ghorbani L, Rezaei E, Ebrahimi E. Jurisprudential approach, Medical to the criterion of selective cesarean section prohibition. *J Med Cult* 2018; 27: 74-92 (Persian).
7. Shirzad M, Shakibazadeh E, Hajimiri K, Betran AP, Jahanfar S, Bohren MA, et al. Prevalence of and reasons for women's, family members', and health professionals' preferences for cesarean section in Iran: a mixed-methods systematic review. *Reprod Health* 2021; 18(1): 3.
8. Majeed N, ShabanaKalsoom HR, Tariq S. Rising Caesarean section rate—whether women choice, doctor preference or clinical/non clinical indications are responsible. *J Rawalpindi Med Coll* 2018; 22(1).
9. Mohammaditabar S, Kiani A, Heidari M. The survey on tendencies of primiparous women for selecting the mode of delivery. *J Babol Univ Med Sci* 2009; 11(3): 54-9 (Persian).
10. Pakenham S, Chamberlain SM, Smith GN. Women's views on elective primary caesarean section. *J Obstet Gynaecol Can* 2006; 28(12): 1089-9.
11. Dadipoor S, Mehraban M, Aghamolaei T, Ramezankhani A, Safari-Moradabadi A. Prediction of birth type based on the health belief model. *J Family Reprod Health* 2017; 11(3): 159-64.
12. Ghaffari M, Esfahani SN, Rakhshanderou S, Koukamari PH. Evaluation of health belief model-based intervention on breast cancer screening behaviors among health volunteers. *J Cancer Educ* 2019; 34(5): 904-12.
13. Alimohammadzade KH, Mohebi S. Systematic Review of Research papers in the recent three decades on the "reasons of cesarean section" and population health management strategies in iran. *JWSS* 2013; 16(61): 7-57 (Persian).
14. Negahban T, AnsariJaberi A, Kazemi M. Preference method of delivery and it's relevant causes in view of pregnant women referring to public and private clinics in Rafsanjan City. *JRUMS* 2006; 5(3): 161-8 (Persian).
15. Zamani-Alavijeh F, Shahry P, Kalhory M, Haghighizadeh MH, Sharifirad GR, Khorsandi M. Identification of factors related to elective cesarean labor: a theory-based study. *Daneshvar Med* 2011; 19(5): 1-10 (Persian).
16. Tofighi Niaki M, Behmanesh F, Mashmuli F, Azimi H. The Effect of prenatal group education on knowledge, attitude and selection of delivery type in primiparous women. *IJME* 2010; 10(2): 124-30 (Persian).
17. Olander EK, Smith DM, Darwin Z. Health behaviour and pregnancy: a time for change. *J Reprod Infant Psychol* 2018; 36(1): 1-3.
18. Jodzis A, Walędzia M, Czajkowski K, Różańska-Walędzia A. A Decade of wishes-changes in maternal preference of the mode of delivery among polish women over the last decade. *Medicina* 2021; 57(6): 572.
19. Fouladi Z, Shaarbafchi Zadeh N, Shaikhvaisy Y,

- Alimoradnuri M, Bagheri F. The effect of healthcare reform plan to reduce the rate of cesarean in hospitals affiliated to Qom University of Medical Sciences. *Mil Caring Sci* 2018; 4(3): 207-12 (Persian).
20. Baghiani MM, Hashemifard T, Jafari S, Yadollahi P, Kamali MM, Hashemifard F. The effect of educational intervention on selection of delivery method based on health belief model. *J Community Health Res* 2014; 3(2): 115-23.
21. Ghaffari M, Sharifirad G, Akbari Z, Khorsandi M, Hasanzadeh A. Health belief model-based education & reduction of cesarean among pregnant women: An interventional study. *HSR* 2011; 7(2) (Persian).
22. Buyukbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karsidag AYK, Bektas E, Unal O, et al. Caesarean delivery or vaginal birth: preference of Turkish pregnant women and influencing factors. *J Obstet Gynaecol* 2010; 30(2): 155-8.
23. Lee SI, Khang YH, Lee MS. Women's attitudes toward mode of delivery in South Korea—a society with high cesarean section rates. *Birth* 2004; 31(2): 108-16.
24. Chong ES, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 80(2): 189-94.
25. Montoya-Williams D, Lemas DJ, Spiryda L, Patel K, Neu J, Carson TL. What are optimal cesarean section rates in the US and how do we get there? A review of evidence-based recommendations and interventions. *J Womens Health* 2017; 26(12): 1285-91.
26. Kolås T, Saugstad OD, Daltveit AK, Nilsen ST, Øian P. Planned cesarean versus planned vaginal delivery at term: comparison of newborn infant outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(6): 1538-43.
27. Scott JR. Peripartum bleeding at cesarean delivery: be prepared! *Obstet Gynecol* 2008; 112(2): 417.
28. Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med* 2009; 360(2): 111-20.
29. Afshari A, Ghafari M. A survey on selection of delivery method by nulliparous pregnant women using health belief model in Semirom, Iran, 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(47): 22-29.
30. Sharifirad GR, Fathian Z, Tirani M, Mahaki B. Study on Behavioral Intention Model (BIM) to the attitude of pregnant women toward normal delivery and cesarean section in province of Esfahan-Khomeiny shahr-1385. *JIUMS* 2007; 15(1): 19-23 (Persian).
31. Loke AY, Davies L, Li SF. Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 1-12.
32. Baghianimoghadam MH, Baghianimoghadam MN, Hatamzadah N, Mehrabbik A, Hashemifard F, Hashemifard T. The relationship between HBM constructs and intended delivery method. *Tolooebehdasht* 2014; 12(4): 105-16 (Persian).
33. Bahri N, Mohebbi S, Bahri N, Davodi S, LK. Factors affecting the decision-making process of first-time pregnant women regarding the choice of delivery method: a theory-based study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(8): 42-50 (Persian).
34. Biglarifar F, Veisani Y, Delpisheh A. Women's knowledge and attitude towards choosing mode of delivery in the first pregnancy. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 17(136): 19-24 (Persian).
35. Sharghi A, Kamran A, Sharifirad GR. Assessing the factors influencing delivery method selection in primiparous pregnant women referred to health centers in Ardabil, 2010. *HMJ* 2011; 15(3): 234-42 (Persian).
36. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; 18(1): 1-15.
37. Khorsandi M, Ghofranipour F, Heydarnia A, FaghihZadeh S, Vafaei M, Rousta F, et al. The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women. *J Arak Uni Med Sci* 2008; 11(3): 29-36.
38. Fuglenes D, Øian P, Kristiansen IS. Obstetricians' choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation? *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200(1): 1-8.
39. DiClemente RJ, Crosby R, Kegler MC. Emerging theories in health promotion practice and research. John Wiley & Sons; 2009.