

دانش و نگرش زنان باردار نسبت به روش زایمان در شهر تهران: یک مطالعه پیمایشی

ناهید اکبری^۱، مائده مجلسی^{۱*}، فاطمه رخشانی^۲، علی منتظری^۳

۱. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۸/۹

سال شانزدهم، شماره دوم، فروردین - اردیبهشت ۱۳۹۶، صص ۲۱۱-۲۱۸

نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۵ بهمن ۹۵

چکیده

مقدمه: اخیراً افزایش بی‌رویه سزارین در کشورهای با درآمد متوسط را به افزایش تقاضای مادر نسبت داده‌اند. از آنجا که دانش و نگرش ضعیف زنان بر انتخاب شیوه زایمان تاثیرگذار است، این مطالعه با هدف بررسی دانش، نگرش زنان باردار نسبت به روش زایمان در شهر تهران در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت.

مواد و روش کار: این مطالعه به طور مقطعی دانش و نگرش ۷۰۲ زن باردار واجد شرایط را که جهت مراقبت بارداری به ۳۷ مرکز دولتی و ۴۸ مرکز خصوصی منتخب در شهر تهران مراجعه نموده‌اند را با استفاده از ابزار محقق ساخته و معتبر مورد بررسی و تحلیل قرار داده است. **یافته‌ها:** ۴۷/۶ درصد مادران دانش متوسط نسبت به انتخاب روش زایمان، ۶۲/۵ درصد نگرش مثبت نسبت به زایمان طبیعی ابراز نمودند. در عین حال ۶۰/۱ درصد نگرش خنثی نسبت به سزارین داشتند. نمره دانش زنان باردار با تحصیلات مادر، مرتبه بارداری و همچنین نوع مرکز (خصوصی/دولتی) ($P < 0/05$) و نگرش نسبت به زایمان طبیعی با متغیرهای شغل، سطح تحصیلات مادر، مرتبه بارداری ارتباط معنی‌دار داشتند ($P < 0/05$) بعلاوه نگرش زنان باردار نسبت به سزارین با متغیرهای شغل، سطح تحصیلات، نوع مرکز نیز ارتباط معنی‌دار داشت ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری: به رغم تلاش‌های دولت در جهت ترویج زایمان طبیعی، هنوز دانش و نگرش زنان تهرانی نسبت به انتخاب زایمان طبیعی مطلوب نیست؛ لذا ضروری است مداخلات ترویجی رسانه‌ای همراه با برنامه‌های خوشایند سازی زایمان طبیعی توسعه یابد.

کلیدواژه: انتخاب روش زایمان، دانش، نگرش، زنان باردار

کد اخلاق: IR.IUMS.REC.1394. 9211373220

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از میرداماد، خیابان رشید یاسمی، دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: ۸۸۲۰۸۱۵۹

E-mail: mdh.majlesi@gmail.com

مقدمه

سزارین به عنوان مداخله فوری در موارد خاص می تواند زندگی مادر، جنین و نوزاد را نجات دهد. با این وجود افزایش سریع آن در دنیا از سال ۱۹۹۰ الی ۲۰۱۲ بدون کاهش قابل توجه عوارض و مرگ مادری در دنیا نشان دهنده استفاده بیش از حد این مداخله است [۱،۲]. سازمان سلامت جهان حد متعادل سزارین را ۱۵ درصد از کل زایمانها اعلام نموده است [۳]. کمیته زنان و مامایی امریکا نیز معتقد است در غیاب علل مادری یا جنینی، یک زایمان طبیعی برنامه ریزی شده و بی خطر، مناسبترین گزینه است که باید به مادران توصیه نمود [۲]. خطرات و عوارض مربوط به سزارین غیرضروری بار اقتصادی- اجتماعی وسیعی را به جامعه تحمیل می نماید [۲،۴]. شواهد متقن نشان داده اند سزارین غیرضروری با عوارض مادری منجمله پارگی رحم، هیستریکتومی، عوارض بیهوشی، ایست قلبی، ترومبوآمبولی وریدی، خونریزی، عفونت، عوارض انتقال خون، بی اختیاری ادرار، اقامت طولانی تر مادر در بیمارستان، اختلالات خلقی و افزایش نازایی ثانویه همراه است [۴-۱۱]. نوزاد متولد شده با سزارین نیز با عوارض و خطرات کوتاه مدت و بلندمدت از جمله افزایش مرگ نوزادی [۱۲]، مشکلات تنفسی نوزاد [۱۳]، کاهش رفتارهای دلبستگی [۱۴] و همچنین شیردهی نامناسب مواجه می گردد [۱۵]، برخی مستندات نیز نشان داده اند مادران سزارینی درکی منفی نسبت به زایمان و نوزاد خود دارند و رفتارهای نامناسب والدی، خشونت و همچنین کودک آزاری بیشتری در قیاس با مادران با زایمان طبیعی نموده نشان داده اند [۸،۹]. درحالی که میزان سزارین در سوئیس، اوکراین و هلند به ترتیب در حد ۸/۱، ۱۴/۲ و ۱۳/۵ درصد است [۳]، در ایالات متحده امریکا سزارین از ۲۰/۷ درصد (در سال ۱۹۹۶) به ۳۲/۹ درصد (در سال ۲۰۱۳) افزایش یافته [۱۶] و طبق گزارشات طی این سالها میزان سزارین فقط حدود ۰/۲ درصد کاهش یافته است. یک سوم زنان امریکایی سزارین را انتخاب می کنند و تقاضای سزارین حدود ۲/۵ درصد تمام تولدها برآورد شده است [۱۷،۱۸]، این میزان در ایتالیا ۳۶/۱ درصد، استرالیا ۲۷/۸ درصد و در کره ۳۶ درصد گزارش شده است [۱۹]. در ایران شیوع سزارین بسیار بالاتر گزارش شده است. مستندات ملی حاکی از میزان سزارین، در حدود ۴۸ درصد در بخش خصوصی حدود ۸۷ درصد است [۲۰]. گرچه در برنامه اخیر تحول نظام سلامت ایران، ترویج زایمان طبیعی و همچنین کاهش ۱۰ درصدی سزارین در دستورکار قرار گرفته است،

اما همچنان سزارین از میزان بالایی برخوردار است [۲۱]. شواهد اخیر نشان داده اند که تقاضای زنان برای سزارین افزایش یافته است، گرچه سیاستها و قوانین و از سوی دیگر غالب بودن فرهنگ پزشکی گرایی در نظام های سلامت و ترجیحات پزشکان در رشد این معضل بهداشتی بی تاثیر نبوده اند، اما سهمی از درصد بالای سزارین مربوط به تقاضای زنان می شود [۱۶،۲۲،۲۳]. عوامل متعددی همچون آگاهی، نگرش و باور نسبت به زایمان، ترس از درد، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، سیاستها و قوانین بر تقاضای زنان برای سزارین تاثیرگذارند [۲۴]. نگرش و باور زنان نسبت به شیوه زایمان به طور بالقوه متاثر از فرهنگ و نظام مراقبت سلامت هستند [۲۵]. دانش، باورها، ادراکات و نگرش فرد نسبت به درد زایمان و همچنین سازوکارهای مقابله با درد تعیین کننده های اساسی در تصمیم گیری زنان نسبت به انتخاب روش زایمان هستند [۲۶،۲۷]. این تعیین کننده ها متاثر از ارزشها، تجارب قبلی، هنجارهای اجتماعی و فشار افراد خاص، دوستان و آشنایان هستند [۲۸]. یکی از عوامل تاثیرگذار بر انتخاب روش زایمان دانش و نگرش زن نسبت به شیوه زایمان است [۲۷]. در اکثر مطالعات دانش ناکافی، باورهای غلط، نگرش منفی به زایمان طبیعی، باورهای نادرست، نسبت دادن شایعات و عوارض نادرست به زایمان طبیعی [۲۹] و ترس مادران از درد زایمان طبیعی را از دلایل انتخاب سزارین در زنان دانسته اند [۳۰]. شواهد متعدد نیز نشان داده اند زنانی که سزارین را تقاضا نموده اند، دلایلی از قبیل ترس از زایمان، نگرش منفی زنان نسبت به زایمان طبیعی، دانش پایین نسبت به مزایای زایمان طبیعی را اعلام نموده اند [۳۱-۳۴]. برخی شواهد دیگر نیز دانش پایین و باورهای غلط نسبت به زایمان طبیعی و همچنین نگرش خنثی نسبت به سزارین در زنانی که سزارین انتخاب نموده اند، نشان داد [۳۵-۳۸]. مطابق با مستندات ملی میزان سزارین در تهران بسیار بالا گزارش شده است؛ حتی در برخی بیمارستانهای خصوصی تا ۹۰ درصد برآورد شده است [۳۱]. لذا بررسی دانش و نگرش زنان تهرانی نسبت به انتخاب زایمان به منظور برنامه ریزی ترویج زایمان طبیعی حائز اهمیت است. این مطالعه با هدف بررسی دانش و نگرش زنان نسبت به انتخاب روش زایمان انجام گرفت.

مواد و روش کار

این مطالعه بخشی از پروژه مداخله ای ترویج رسانه ای زایمان طبیعی بود که از فروردین تا تیر ماه سال ۱۳۹۵ به طور مقطعی در شهر

پرسشگران در تکمیل پرسشنامه، اطلاعات دقیق در زمینه روند مصاحبه و ملاحظات اخلاقی، نحوه مصاحبه چهره به چهره، پرسشنامه و محل‌های مورد مصاحبه در پژوهش حاضر) دریافت نمودند. در انتها پرسشنامه‌هایی که ناقص و یا نامفهوم تکمیل شده بودند، از مطالعه حذف و نمونه‌ی دیگر جایگزین شدند. پرسشنامه‌های این مرحله از پژوهش در مدت ۳۰ روز کاری و از طریق مصاحبه چهره به چهره با مادران باردار تکمیل گردیدند. در نهایت داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از آمارهای توصیفی، ANOVA و χ^2 شاخص‌های پراکندگی و آزمون‌های آماری و با کمک نرم‌افزار SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از این میان ۴۹/۹ درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه از مراکز دولتی و ۵۰/۱ درصد از مراکز خصوصی بودند. جدول شماره ۴ نشان می‌دهد میانگین سنی مادران $28/69 \pm 5/15$ سال (حدود ۴۵-۱۵ سال) بود. زنان باردار دارای سطح تحصیلات دانشگاهی لیسانس و بالاتر (۴۱/۷ درصد)، فوق دیپلم (۹ درصد)، ۳۴/۶ درصد دیپلم، تحصیلات راهنمایی و دبیرستان (۱۰/۳ درصد)، کم سواد و ابتدایی (۵/۴ درصد) داشتند. ۷۷/۶ درصد خانه دار، ۱۵/۲ درصد کارمند، ۳/۶ درصد دانشجو و ۳/۶ درصد سایر مشاغل را داشتند. ۴۸/۱ درصد درآمد ماهیانه خود را بین دو تا سه میلیون، ۳۲/۶ درصد کمتر از یک میلیون، ۱۰/۵ بین یک تا دو میلیون و ۸/۷ درصد بالاتر از چهار میلیون گزارش نمودند. میانگین نمره دانش زنان باردار نسبت به انتخاب روش زایمان ۱۷ از مجموع ۲۴ نمره بوده است. ۴۷/۶ درصد دانش متوسط، ۳۶/۲ درصد دانش خوب و ۱۶/۲ درصد دانش ضعیفی نسبت به انتخاب روش زایمان داشتند. بالاترین نمره دانش به ترتیب مربوط به سوالات خطرآمیز روش سزارین برای مادر، طول مدت درد زایمانی، بی‌خطر بودن روش سزارین برای فرزند، بی‌تاثیر بودن زایمان سزارین بر روابط زناشویی بود. کمترین نمره دانش در واحدهای مورد مطالعه به ترتیب مربوط به گزینه‌های راحت‌تر بودن زایمان سزارین، خطر بی‌اختیاری ادراری پس از زایمان طبیعی، پیشرفته و مدرن بودن سزارین نسبت به زایمان طبیعی، کمتر بودن درد در سزارین بود. میانگین نمره نگرش نسبت به زایمان طبیعی زنان باردار نسبت به انتخاب روش زایمان ۳۸ از مجموع ۵۰ نمره بود. به ترتیب ۶۲/۵، ۳۱/۵ و ۳/۳ درصد از افراد نگرش مثبت، خنثی و منفی نسبت به

تهران مورد بررسی قرار گرفته است. تعداد نمونه‌های پژوهش بر اساس فرمول حجم نمونه و با احتساب مقدار برآورد شیوع مورد انتظار زایمان طبیعی ۶۸ درصد، دقت مورد نظر مطالعه ۰/۰۵، مقدار ثابت ۱/۹۶ و اثر طراحی مطالعه ۲، در نهایت ۷۰۲ نفر برآورد گردید. با توجه به این که تولید سلامت شهر تهران در اختیار سه دانشگاه علوم پزشکی ایران شامل مناطق شهرداری غرب و شمال غرب، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مناطق شهرداری شرق و شمال و دانشگاه علوم پزشکی تهران شامل مناطق شهرداری جنوب و مرکز است، بر همین اساس با همکاری معاونت‌ها فهرست تمام مراکز دولتی و خصوصی که اختصاصاً خدمات زنان و مامایی ارائه می‌دهند، تنظیم و نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از ۲۲ منطقه شهر تهران با توجه به پنج حوزه شمال، غرب، جنوب و شرق و مرکز شهر تهران به طور تصادفی صورت گرفت تا انتخاب نمونه‌ها معرف مناسبی از جمعیت مورد مطالعه در شهر تهران باشد. از ۲۲ منطقه شهرداری تهران، ۶ منطقه (در هر حوزه دانشگاهی ۲ منطقه شهرداری)، به طور تصادفی انتخاب شدند. مناطق شامل ۳، ۱۵، ۱۱، ۱۷، ۹، ۲۱، ۲۱ بودند. از بین مناطق منتخب به طور تصادفی، ۳۷ مرکز دولتی و ۴۸ مرکز خصوصی، که خدمات تخصصی زنان و مامایی ارائه می‌نمودند، انتخاب شدند. تمام زنان واجد شرایط با معیار سکونت در تهران، فاقد سابقه سزارین و نداشتن هرگونه شرایط پرخطر و سابقه عارضه تولید مثلی برای زایمان طبیعی، که جهت تشخیص و پیگیری مراقبت بارداری به مراکز فوق مراجعه می‌کردند در این مطالعه شرکت نمودند (شکل شماره ۱).

در این مطالعه از پرسشنامه محقق ساخته و معتبر استفاده شد؛ که شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه ارزیابی دانش و نگرش زنان نسبت به شیوه زایمان بودند (جدول شماره ۳-۱). روی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از متخصصان آموزش سلامت، ماما و متخصصان بهداشت باروری سنجیده شد. پایایی ابزار با استفاده از آزمون همسانی درونی آلفا کرونباخ ارزیابی شد. آلفا کرونباخ مربوط به دانش، نگرش زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی و همچنین سزارین ۰/۷۱، ۰/۷۲ و ۰/۷۱ بود. پس از هماهنگی با معاونت‌های سلامت و اخذ مجوز، به منظور اطمینان از دقت و صحت اطلاعات ثبت شده در مرحله جمع‌آوری اطلاعات، از ۱۱ پرسشگر مجرب مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران (ایسپا) کمک گرفته شد. پرسشگران آموزش‌های لازم را (به منظور اطمینان از یکنواختی در جمع‌آوری داده‌ها و جلوگیری از اعمال تغییرات سلیقه‌ای توسط

بودن سزارین، ترجیحات دوستان و آشنایان بود. همچنین پایین ترین نمره در نگرش نسبت به زایمان سزارین مربوط به توصیه ماماها و پزشکان، کمتر بودن درد در سزارین و همچنین انتخاب زمان و تاریخ تولد کودک بود. همچنین نتایج نشان داد ارتباط معنی دار بین دانش و متغیرهای خصوصی/ دولتی بودن مرکز ($P < 0/05$) و سطح تحصیلات ($P < 0/05$) و همچنین مرتبه بارداری ($P < 0/05$) وجود داشت. بین سطح دانش با سن، شغل و سطح درآمد خانواده پاسخگو ارتباط معنی داری وجود نداشت. در مورد نگرش به زایمان طبیعی، ارتباط معنی دار بین خصوصی/دولتی بودن مرکز، شغل، سطح تحصیلات، مرتبه بارداری پاسخگو ($P < 0/05$) وجود داشت. علاوه بر این ارتباط معنی دار بین نگرش نسبت به زایمان سزارین با متغیرهای خصوصی/ دولتی بودن مرکز، شغل و همچنین سطح تحصیلات ($P < 0/05$) دیده شد (جدول شماره ۴).

زایمان طبیعی داشتند. سنجش نگرش نسبت به زایمان طبیعی، بیشترین نگرش مثبت مربوط به قرار نگرفتن خودم و کودکم در معرض داروی بیهوشی، طبیعی و سالم بودن زایمان طبیعی، شانس بیشتر کودک برای تغذیه با شیر مادر، ارتباط عمیق مادر با کودک و ارتباط عمیق عاطفی با کودک بود. بیشترین نگرش منفی مربوط به سوالات کنترل بر خود، بی خطر بودن زایمان طبیعی، عوارض بالقوه جدی سزارین، هوش بالای نوزادان متولد شده از زایمان طبیعی و همچنین بدنبال توصیه پزشکان و ماماها نشان بود. میانگین نمره نگرش نسبت به زایمان سزارین زنان باردار نسبت به انتخاب روش زایمان ۱۵ از مجموع ۲۵ نمره بود. به ترتیب ۲۰/۵ درصد، ۶۰/۱ درصد و ۱۹/۴ درصد از شرکت کنندگان نگرش مثبت، خنثی و منفی نسبت به زایمان سزارین داشتند. بیشترین نگرش مثبت نسبت به زایمان سزارین مربوط به سوال ترس از زایمان، راحت تر

جدول ۱: فراوانی پاسخ های گویه های بخش دانش نسبت به انتخاب روش زایمان برحسب پاسخگویی به هر گزینه ($n = 702$)

بله n (%)	نمی دانم n (%)	خیر n (%)
۳۱۵ (۴۴/۹)	۴۳ (۶/۱)	۳۴۴ (۴۹)
۳۴۸ (۴۹/۶)	۲۷ (۳/۸)	۳۲۷ (۴۶/۶)
۲۵۵ (۳۶/۳)	۵۶ (۸)	۳۹۱ (۵۵/۷)
۲۸۴ (۴۰/۵)	۱۳۶ (۱۹/۴)	۲۸۲ (۴۰/۲)
۱۹۴ (۲۷/۶)	۶۳ (۹)	۴۴۵ (۶۳/۴)
۲۳۶ (۳۳/۶)	۱۵۲ (۲۱/۷)	۳۱۴ (۴۴/۷)
۳۱۸ (۴۵/۳)	۴۹ (۷)	۳۳۵ (۴۷/۷)
۲۳۵ (۳۳/۵)	۴۹ (۷)	۴۱۸ (۵۹/۵)

درد در سزارین کمتر است.
سزارین راحت تر از زایمان طبیعی است.
سزارین روشی بی خطر برای فرزندم است.
خطر بی اختیاری ادراری پس از زایمان طبیعی وجود دارد.
سزارین روشی بی خطر برای من است.
بعد از زایمان، سزارین تاثیری بر روابط زناشویی ندارد.
سزارین شیوه پیشرفته و مدرن نسبت به زایمان طبیعی است.
طول مدت درد در زایمان طبیعی کوتاه تر از سزارین است.

جدول ۲: فراوانی و پاسخ ها، گویه های بخش نگرش نسبت به زایمان طبیعی برحسب پاسخگویی به هر گزینه ($n = 702$)

گویه ها زایمان طبیعی را ترجیح می دهم چون	کاملاً موافقم n (%)	موافقم n (%)	بی نظر n (%)	مخالفم n (%)	کاملاً مخالف n (%)
طبیعی و سالم است.	۲۲۴ (۳۱/۹)	۴۰۱ (۵۷/۱)	۳ (۰/۴)	۵۷ (۸/۱)	۱۷ (۲/۴)
پس از زایمان سرحال و بانشاط هستم.	۱۹۷ (۲۸/۱)	۳۲۶ (۴۶/۳)	۱۱۳ (۱۶/۱)	۵۵ (۷/۸)	۱۱ (۱/۶)
کودکم شانس بیشتری برای تغذیه با شیر مادر دارد.	۲۱۲ (۳۰/۲)	۳۲۶ (۴۶/۴)	۱۰۹ (۱۵/۵)	۵۰ (۷/۱)	۵ (۰/۷)
زایمان طبیعی برای من خطری ندارد.	۱۳۰ (۱۸/۵)	۲۷۴ (۳۹)	۱۵۱ (۲۱/۵)	۱۲۷ (۱۸/۱)	۲۰ (۲/۸)
ارتباط عمیق عاطفی با کودکم خواهم داشت.	۲۰۷ (۲۹/۵)	۳۱۵ (۴۴/۹)	۱۱۳ (۱۶/۱)	۵۹ (۸/۴)	۸ (۱/۱)
خودم و کودکم در معرض داروی بیهوشی قرار نمی گیریم.	۲۵۰ (۳۵/۶)	۳۴۳ (۴۸/۹)	۶۱ (۸/۷)	۴۲ (۶)	۶ (۰/۹)
کودکم باهوشتر و سالم تر خواهد بود.	۱۸۵ (۲۶/۴)	۲۵۱ (۳۵/۸)	۱۶۶ (۲۳/۶)	۸۸ (۱۲/۵)	۱۲ (۱/۷)
موقع زایمان بر خودم کنترل دارم.	۱۳۵ (۱۹/۲)	۲۵۶ (۳۶/۵)	۱۶۹ (۲۴/۱)	۱۱۳ (۱۶/۱)	۲۹ (۴/۱)
سزارین عوارض جدی دارد.	۲۴ (۳/۴)	۱۱۲ (۱۶)	۱۱۷ (۱۶/۷)	۱۱۲ (۱۶)	۲۴ (۳/۴)
پزشکان و ماماها توصیه می کنند.	۱۸۴ (۲۶/۲)	۲۸۸ (۴۱)	۱۱۷ (۱۶/۷)	۹۳ (۱۳/۲)	۲۰ (۲/۸)

جدول ۳: فراوانی پاسخ به گویه های بخش نگرش نسبت به زایمان سزارین برحسب پاسخگویی به هر گزینه (n=702)

کامل موافقم	موافقم	بی نظر	مخالفم	کامل مخالفم	سزارین را ترجیح می دهم چون ...
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
۱۸۶ (۲۶/۵)	۲۰۰ (۲۸/۵)	۵۸ (۸/۳)	۲۱۶ (۳۰/۸)	۴۲ (۶)	از درد زایمان می ترسم.
۸۳ (۱۱/۸)	۲۰۸ (۲۹/۶)	۷۸ (۱۱/۱)	۲۶۹ (۳۸/۳)	۶۴ (۹/۱)	درد در سزارین کمتر است
۹۹ (۱۴/۱)	۲۱۰ (۲۹/۹)	۸۹ (۱۲/۷)	۲۴۵ (۳۴/۹)	۵۹ (۸/۴)	سزارین راحت تر از زایمان طبیعی است
۹۳ (۱۳/۲)	۱۹۵ (۲۷/۸)	۱۱۱ (۱۵/۸)	۲۶۲ (۳۷/۳)	۴۱ (۵/۸)	یکی از دوستان/ آشنایانم سزارین را انتخاب کرده است.
۷۷ (۱۱)	۲۱۱ (۳۰/۱)	۱۲۰ (۱۷/۱)	۲۵۶ (۳۶/۵)	۳۸ (۵/۴)	می توانم زمان و تاریخ تولد فرزندم را انتخاب کنم.
۳۸ (۵/۴)	۱۲۰ (۱۷/۱)	۱۴۶ (۲۰/۸)	۳۲۸ (۴۶/۷)	۷۰ (۱۰)	چون پزشکان و ماماها توصیه می کنند.

بحث و نتیجه گیری

به نظر می رسد این مطالعه برای اولین بار دانش و نگرش زنان تهرانی نسبت به انتخاب روش زایمان را نسبت به شیوه زایمان بررسی نموده و اولین مطالعه وسیعی بود که در بخش دولتی و خصوصی بعد از اجرای دستورالعمل ملی ترویج زایمان طبیعی انجام گرفت. با توجه به نتایج این مطالعه به رغم اقدامات و مداخلاتی که اخیراً در جهت ترویج زایمان طبیعی انجام شده است [۴۱-۳۸]، هنوز زنان از دانش متوسط برخوردارند. همچنین نگرش نسبت به زایمان طبیعی نیز تا حدی ضعیف و شایعات نادرست نسبت به زایمان طبیعی و بالعکس زایمان سزارین به عنوان شیوه مطلوب زایمان همچنان رواج دارد [۴۳-۴۰]. مطابق نتایج این مطالعه و دیگر مطالعات مرتبط [۴۴-۴۱]، نگرش ضعیف متاثر از دانش کم زنان نسبت به انتخاب روش زایمان بوده است. به نظر می رسد مداخلات آموزشی برای مادران در زمینه مزایای زایمان طبیعی و بالعکس گوشزد نمودن عوارض بالقوه سزارین چندان کارآمد نبوده است. وفق نتایج، دانش و نگرش زنان مراجعه کننده به بخش خصوصی به طور معنی دار در قیاس با زنانی که به بخش دولتی مراجعه می نمایند، پایین تر بود. در حالی که شواهد تجربی نشان می دهند در اکثر زنان با رتبه بالاتر اقتصادی - اجتماعی یا سطح تحصیلات بالاتر تقاضا برای سزارین در قیاس با زنان با رتبه اقتصادی - اجتماعی پایین تر بالاتر است؛ در عین حال اکثر این زنان جهت دریافت خدمات مامایی به بخش خصوصی مراجعه نموده و ارائه مداخلات آموزشی به منظور بهبود دانش و نگرش زنان نسبت به انتخاب زایمان نیز در این بخش جدی گرفته نشده است. در چنین شرایطی اشاعه این باور که سزارین نشانه مدرنیزه و کلاس اجتماعی است دور از انتظار نیست. در این راستا تقویت برنامه های ترویجی از یک سو و جدی گرفتن دستورالعمل ترویج زایمان طبیعی

در بیمارستان های خصوصی و از سوی دیگر مداخلات بسیج رسانه ای به منظور تغییر نگرش کلی جامعه نسبت به زایمان طبیعی ضروری به نظر رسد. به نظر می رسد هنوز فضای فعلی برای خوشایندسازی زایمان فراهم نیست زیرا شواهد تجربی نشان می دهند، حتی زنان مراجعه کننده به بخش دولتی به ویژه در زنان نخست زایمان تقاضای سزارین به دلیل ترس از درد زایمان بالاست. از این رو تقویت مداخلات آموزشی به منظور توانمندسازی زنان و بهبود رضایت مندی آن ها ضرورت دارد. در عین حال نیاز است مطالعات بیشتری در زمینه ترجیحات پزشکان و ماماها در هر دو بخش خصوصی و دولتی نسبت به روش زایمان صورت گیرد تا ارزیابی بهتری از برنامه فعلی ترویج زایمان طبیعی داشت.

سهم نویسندگان

مائه مجلسی: طراحی، اجرا، نظارت بر جمع آوری داده ها در مکان های پژوهش، تجزیه و تحلیل داده ها، تهیه و تدوین مقاله
 ناهید اکبری: طراحی، اجرا، نظارت طرح و اصلاح مقاله
 فاطمه رخشانی: مشاور در طراحی پژوهش و پرسشنامه
 علی منتظری: راهنمایی در تدوین مقاله و نظارت علمی بر جنبه های آماری و تحلیل داده ها.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از اطلاعات پایان نامه مائه مجلسی در مقطع کارشناسی ارشد مامایی مصوب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. بدین وسیله از مسئولان دانشگاه های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی و همچنین کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان های خصوصی و دولتی که نمونه گیری در آن ها انجام شده و نیز خانم های باردار شرکت کننده که در این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می گردد.

منابع

1. Farr SL, Jamieson DJ, Rivera HV, Ahmed Y, Heilig CM. Risk factors for cesarean delivery among Puerto Rican women. *Obstetrics & Gynecology* 2007 1; 109:1351-7
2. American College Of Obstetricians Gynecologists , A.C.O.G., Cesarean delivery on maternal request, in *Obstet Gynecol, C.O.N.* 559, Editor. 2013; 904-7
3. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *American journal of obstetrics and gynecology* 2012; 30; 206:331-e1
4. Alimohammad-zadeh k, afradi PA. Determinants affecting the tendency toward cesarean (Case Study: Pregnant women in Tehran). *Women in Development & Politics* 2015; 13: 357-76
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. Cesarean scar pregnancy. *Williams Obstetrics* 2014:391-2
6. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS, Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Canadian medical association journal* 2007; 13: 176:455-60
7. NIH State-Of-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. *NIH Consensus State Sci Statements* 2006; 23:1-29. Available at: <http://consensus.nih.gov/2006/cesareanstatement.pdf>. Retrieved July 8, 2016
8. Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Social science & medicine* 2007; 30: 2272-84
9. Chalmers B, Kaczorowski J, Darling E, Heaman M, Fell DB, O'Brien B, Lee L. Cesarean and vaginal birth in Canadian women: a comparison of experiences. *Birth* 2010; 1: 44-9
10. Sufang G, Padmadas SS, Fengmin Z, Brown JJ, Stones RW. Delivery settings and cesarean section rates in China. *Bulletin of the World Health Organization* 2007; 85: 733-820
11. Liu S, Heaman M, Kramer MS, Demissie K, Wen SW, Marcoux S, Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: a population-based cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;30:187: 681-7
12. Mikki N, Abu Rmeileh N, Wick L, Abu Asab N, Hassan Bitar S. Cesarean delivery rates, determinants and indications in Makassed Hospital, Jerusalem 1993 and 2002. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2009; 15: 868-879
13. The risk of cesarean section. A coalition for improving maternity services (CIMS) fact sheet; 2010;5 1-10
14. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dows-well T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database System Rev.* 2012; 5 doi: 10.1002/14651858
15. Crenshaw JT. Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together-It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education* 2014; 23: 211-7
16. Martin J, Hamilton B, Osterman M, Curtin S, Mathews T. Births: final data for 2011. *National Vital Statistics Reports.* 62# 9. National Center for Health Statistics Hyattsville, MD; 2013.
17. Hamilton B, Martin J, Osterman M, Curtin S. Births: Preliminary Data for 2013. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2014
18. Nama V, Wilcock F. Cesarean section on maternal request: is justification necessary?. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2011;1;13263-9
19. Organization for Economic Co-operation and Development, O.E.C.D., Cesarean sections (indicator), A.o.J. 2016), Editor. 2016; Available at: <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.html>.
20. Azami-Aghdash S, Ghojzadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M. Prevalence and causes of cesarean section in Iran: systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health* 2014; 43:545
21. Sabet F, Shahshahan Z, Akbari M, Heshmati B. Cesarean section in Iran. *The Lancet* 2016; 2: 29-30
22. Committee on Obstetric Practice. Cesarean delivery on maternal request. United States of America: The American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstet Gynecol* 2013. Committee Opinion No. 559. 121; 904-7
23. Falahian M. Cesarean delivery on maternal request. *Research in Medicine* 2007; 31: 107
24. Macones GA. Clinical Outcomes in VBAC Attempts: What to Say to Patients? *Obstetric Anesthesia Digest.* 2009 1; 29: 9-10

25. Nettleton S. The sociology of health and illness. Polity 2006; 4
26. Ghadimi M, Rasouli M, Motahar S, Lajevardi Z, Imani A, Chobsaz A, et al. Affecting factors the choice of delivery and attitude of pregnant women admitted to the civil hospitals, the Social Security Organization in 2013. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2014; 21: 310-9
27. Ghadimi M, Rasouli M, Motahar S, Lajevardi Z, Imani A, Chobsaz A, et al. Affecting factors the choice of delivery and attitude of pregnant women admitted to the civil hospitals, the Social Security Organization in 2013. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2014; 21: 310-9
28. Zakeri-hamidi M, Latifnejad Roudsari R, Merghati Khoei E, Kazemnejad A. Decision making for vaginal delivery in the North of Iran: A focused ethnography. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2015; 15:37-44
29. Arjmandi B, Farzinmoqadam S. Study of knowledge pregnant women toward vaginal delivery and cesarean in Tehran. Iran University of Medical Sciences Journal 2007; 14: 1
30. Kabakian-Khasholian T. 'My pain was stronger than my happiness': Experiences of caesarean births from Lebanon. Midwifery 2013; 30: 1251-6
31. Yousefzadeh S, Esmaili Darmiyan M, Asadi Younesi M, Shakeri M. The Effect of a Training Program During Pregnancy on the Attitude and Intention of Nulliparous Women to Choose the Delivery Mode. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2016; 1:4704-11
32. Miri Farahani L, Abbasi Shavazi MJ. Caesarean section change trends in Iran and some demographic factors associated with them in the past three decades. Journal of Fasa University of Medical Sciences 2012; 15:2127-34
33. Naseriasl M, Poorreza A, Akbari F, Rahimi A. Investigated the effect of economic variables, social impact on the incidence of cesarean delivery Hospitals in Ardebil 2009. Journal of Health and Hygiene 2013; 4:349-356
34. Yasaei FM, Mohseni Rajaei B. Survey maternal minds about type of delivery and end of delivery in medicine. Journal of Shahid Beheshti of Medicine University of Science 2003; 3:129-132
35. Sehhati Shafai F, Kazemi S, Ghojzadeh M. Comparing Maternal Outcomes in Nulliparous Women in Labor in Physiological and Conventional Labor: a Randomized Clinical Trial. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (JMUMS) 2013;1: 22
36. Sharifirad G, Fathian Z. Survey of pregnant women view than vaginal and cesarean delivery based on behavioral intention model. Journal Illam University Medicine Sciences 2007;1:19-23
37. Negahban T, Ansari Jaber 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. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2006; 15: 161-8
38. Amir-ali-akbari S, Bahrami N, Tork-Zahrani Sh, Alavi-Majd H. Knowledge and attitude of pregnant women regarding mode of delivery in women referring to Dezful health centers. Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery 2008; 18: 20-24
39. Ajeet S, Jaydeep N, Nandkishore K, Nisha R. Women's knowledge, perceptions, and potential demand towards caesarean section. National Journal of Community Medicine 2011; 1: 244-8
40. Biglarifar F, veisani Y, delpisheh A. Women's knowledge and attitude towards choosing mode of delivery in the first pregnancy. The Iranian journal of obstetrics, Gynecology and Infertility 2015; 17: 19-24
41. Biglarifar F, veisani Y, delpisheh A. Women's knowledge and attitude towards choosing mode of delivery in the first pregnancy. The Iranian journal of obstetrics, Gynecology and Infertility 2015; 17: 19-24
42. Pourheidari M, Suzani A, and Kasraeian. A Survey knowledge and attitude of pregnant women in to the delivery methods in the Qom's health care centers. Knowledge Health 2007; 2: 28-34
43. Eifediyi RA, Isabu P, Akhimiona V, Affusim CC, Ikheloa J, Njoku A. Caesarean Section: Awareness, Perception and Acceptability of Caesarean Section Amongst Subrural Nigerian Parturients. International Journal of Gynecological and Obstetrical Research. 2015; 3:7-12
44. Chigbu CO, Iloabachie GC. The burden of caesarean section refusal in a developing country setting. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2007; 1: 1261-5

ABSTRACT

Knowledge and attitude of pregnant women towards mode of delivery in Tehran, Iran

Nahid Akbari¹, Maedeh Majlesi^{1*}, Fatemeh Rakhshani², Ali Montazeri³

1. School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Public Health Department, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2017; 2: 211-218

Accepted for publication: 30 October 2016

[EPub a head of print-24 January 2017]

Objective (s): Normal vaginal delivery is defined as the best method of delivery. However, its rate is decreasing. The purpose of this study is to assess the knowledge and attitudes of pregnant women towards mode of delivery.

Methods: In this cross-sectional study, 702 pregnant women were studied. They were referring to public and private urban health care centers and hospital in Tehran, Iran. The data were collected by a questioner with items on demographic, knowledge and attitude.

Results: The results showed that the majority of the participants had moderate knowledge on selecting a mode of delivery (47.6%). Overall 62.5% had a positive attitude to vaginal delivery, 31.5% were neutral, and 3.3% had a negative attitude to vaginal delivery. The figures for cesarean delivery were: 20.5%, 60.1%, 19.4% respectively.

Conclusion: Despite government efforts to promote natural childbirth, yet actual knowledge and attitude towards natural delivery is not desirable. Perhaps educational interventions are needed to promote vaginal delivery.

Key Words: Knowledge, Attitude, Mode of Delivery, normal vaginal delivery, cesarean section

* Corresponding author: School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: 8828195

E-mail: mdh.majlesi@gmail.com