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

ناهید اکبری[1]، مائده مجلسی[1*]، فاطمه رخشانی[2]، علی منتظری[3]

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 ـ اردیبهشت ۱۳۹۶ صص ۲۱۸-۲۱۱
نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۵ بهمن ۹۵]

چکیده

مقدمه: اخیرا 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 نموده اند را با استفاده از ابزار محقق ساخته و معتبر مورد بررسی و تحلیل قرار داده است.

یافته ها: 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 تلاش های دولت در جهت ترویج زایمان طبیعی، هنوز دانش و نگرش زنان تهرانی نسبت به انتخاب زایمان طبیعی مطلوب نیست؛ لذا ضروری است مداخلات ترویجی رسانه ای همراه با برنامه های 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.8.7]

مقدمه

سزارین به عنوان مداخله فوریتی 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 نشان‌دهنده‌ی 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 برنامه‌ریزی شده و بی‌خطر، 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 می‌نماید [۲،۴]. شواهد متقن نشان داده‌اند سزارین غیرضروری با عوارض مادری منجمله پارگی رحم، هیسترکتومی، عوارض بیهوشی، ایست قلبی، ترومبوآمبولی وریدی، خونریزی، عفونت، عوارض انتقال خون، بی‌اختیاری ادرار، اقامت طولانی‌تر مادر در بیمارستان، اختلالات خلقی و افزایش نازایی ثانویه همراه است [۱۱-۴]. 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 می‌گردد [۱۵]، برخی مستندات نیز نشان داده‌اند 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 داده‌اند [۸،۹]. درحالی که میزان سزارین در سوئیس، اوکراین و هلند به ترتیب در حد ۸/۹، ۱۴/۲ و ۱۳/۵ درصد است [۳]، در ایالات متحده امریکا سزارین از ۲۰/۷ درصد (در سال ۱۹۹۶) به ۳۲/۹ درصد (درسال 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 می‌کنند و تقاضای سزارین حدود ۲/۵ درصد تمام تولدها برآورد شده‌است [۱۷،۱۸]، این میزان در ایتالیا ۳۶/۱ درصد، استرالیا ۲۷/۸ درصد و در کره ۳۶ درصد گزارش شده‌است [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 گرفته‌است، اما همچنان سزارین از میزان بالایی برخوردار است [۲۱]. شواهد اخیر نشان داده‌اند که تقاضای زنان برای سزارین افزایش یافته‌است، گرچه سیاست‌ها و قوانین و از سوی دیگر غالب بودن فرهنگ پزشکی‌گرایی در نظام های سلامت و ترجیحات پزشکان در رشد این معضل بهداشتی بی‌تاثیر نبوده اند، اما سهمی از درصد بالای سزارین مربوط به تقاضای زنان می‌شود [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 تعیین‌کننده‌های اساسی در تصمیم‌گیری زنان نسبت به انتخاب روش زایمان هستند [۲۶،۲۷]. این تعیین کننده‌ها 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 دانسته‌اند [۳۰]. شواهد متعدد نیز نشان داده‌اند زنانی که سزارین را تقاضا نموده‌اند، دلایلی از قبیل ترس از زایمان، نگرش منفی زنان نسبت به زایمان طبیعی، دانش پایین نسبت به مزایای زایمان طبیعی را اعلام نموده‌اند [۳۴-۳۱]. 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 [۳۸-۳۵]. 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 برنامه‌ریزی 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 مداخله‌ای ترویج رسانه‌ای زایمان طبیعی بود که از فروردین تا تیر ماه سال ۱۳۹۵ به طور مقطعی در شهر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.8.7]

تهران مورد بررسی قرار گرفته‌است. 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 تولیت 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 اختصاصا 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 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 (جداول شماره ۳-۱).

روایی 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 معاونت های سلامت و اخذ مجوز، به منظور اطمینان از دقت و صحت اطلاعات ثبت شده در مرحله جمع آوری اطلاعات، از ۱۱ پرسشگر مجرب مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران (ایسپا) کمک گرفته شد. پرسشگران آموزش های لازم را (به منظور اطمینان از یکنواختی در جمع آوری داده‌ها و جلوگیری از اعمال تغییرات سلیقه‌ای توسط 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 نا مفهوم 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 x^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 ۵/۱۵ ± ۲۸/۶۹ سال (حدود ۴۵ -۱۵سال) 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، بی خطر بودن روش سزارین برای فرزند، بی تاثیر 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.8.7]

زایمان طبیعی داشتند. سنجش نگرش نسبت بـه زایمـان طبیعـی، بیشترین نگرش مثبت مربوط به قـرار نگـرفتن خـودم و کـودکم در معرض داروی بیهوشی، طبیعی و سالم بودن زایمان طبیعی، شـانس 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، بی‌خطر بودن زایمان طبیعی، عوارض بـالقوه جدی سزارین، هوش بالای نوزادان متولد شده از زایمـان طبیعـی و همچنین بدنبال توصیه پزشکان و ماماها نشان بود. میـانگین نمـره نگرش نسبت به زایمان سزارین زنان باردار نسبت بـه انتخـاب روش زایمان ۱۵ از مجموع ۲۵ نمره بـود. بـه ترتیـب ۲۰/۵ درصـد، ۶۰/۱ درصد و ۱۹/۴ درصد از شـرکت کننـدگان نگـرش مثبـت، خنثـی و منفی نسبت به زایمـان سـزارین داشـتند. بیشـترین نگـرش مثبـت نسبت به زایمان سزارین مربوط به سوال ترس از زایمان، راحت تر بودن سزارین، ترجیحات دوستان و آشـنایان بـود .همچنـین پـایین ترین نمره در نگرش نسبت به زایمـان سـزارین مربـوط بـه توصـیه ماماها و پزشکان، کمتر بـودن درد در سـزارین و همچنـین انتخـاب زمان و تاریخ تولد کودک بود. همچنین نتایج نشان داد ارتباط معنی دار بین دانش و متغیرهای خصوصی/ دولتی بودن مرکز (P<۰/۰۵)و سطح تحصیلات (P<۰/۰۵) و همچنین مرتبـه بـارداری (P<۰/۰۵) وجود داشت. بین سطح دانش با سن، شغل و سطح درآمـد خـانواده پاسخگو ارتباط معنی داری وجود نداشت. در مورد نگرش به زایمـان طبیعی، ارتباط معنی دار بین خصوصی/دولتی بـودن مرکـز ، شـغل، سطح تحصیلات، مرتبه بارداری پاسخگو (P<۰/۰۵) وجـود داشـت. علاوه بر این ارتباط معنی‌دار بین نگرش نسبت به زایمان سزارین بـا متغیر های خصوصی/ دولتی بودن مرکـز، شـغل و همچنـین سـطح تحصیلات (P<۰/۰۵) دیده شد (جدول شماره ۴).

جدول ۱: فراوانی پاسخ های گویه های بخش دانش نسبت به انتخاب روش زایمان برحسب پاسخگویی به هر گزینه (n =۷۰۲)

	بله n (%)	نمی‌دانم n (%)	خیر n (%)
درد در سزارین کمتر است.	۳۱۵ (۴۴/۹)	۴۳ (۶/۱)	۳۴۴ (۴۹)
سزارین راحت تر از زایمان طبیعی است.	۳۴۸ (۴۹/۶)	۲۷ (۳/۸)	۳۲۷ (۴۶/۶)
سزارین روشی بی خطر برای فرزندم است.	۲۵۵ (۳۶/۳)	۵۶ (۸)	۳۹۱(۵۵/۷)
خطر بی اختیاری ادراری پس از زایمان طبیعی وجود دارد.	۲۸۴ (۴۰/۵)	۱۳۶ (۱۹/۴)	۲۸۲(۴۰/۲)
سزارین روشی بی خطر برای من است.	۱۹۴ (۲۷/۶)	۶۳ (۹)	۴۴۵ (۶۳/۴)
بعد از زایمان، سزارین تاثیری بر روابط زناشویی ندارد.	۲۳۶ (۳۳/۶)	۱۵۲ (۲۱/۷)	۳۱۴(۴۴/۷)
سزارین شیوه پیشرفته و مدرن نسبت به زایمان طبیعی است.	۳۱۸ (۴۵/۳)	۴۹ (۷)	۳۳۵(۴۷/۷)
طول مدت درد در زایمان طبیعی کوتاه تر از سزارین است.	۲۳۵ (۳۳/۵)	۴۹ (۷)	۴۱۸(۵۹/۵)

جدول ۲: فراوانی وپاسخ ها، گویه های بخش نگرش نسبت به زایمان طبیعی برحسب پاسخگویی به هر گزینه (n =۷۰۲)

گویه ها زایمان طبیعی را ترجیح می دهم چون	کاملا موافقم n (%)	موافقم n (%)	بی نظر n (%)	مخالفم n (%)	کاملا 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 نمی‌گیریم.	۲۵۰(۳۵/۶)	۳۴۳ (۴۸/۹)	۶۱ (۸/۷)	۴۲(۶)	۶ (۰/۹)
کودکم باهوشتر و سالم ترخواهد 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 می‌کنند.	۱۸۴ (۲۶/۲)	۲۸۸ (۴۱)	۱۱۷ (۱۶/۷)	۹۳ (۱۳/۲)	۲۰ (۲/۸)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.8.7]

جدول ۳: فراوانی پاسخ به گویه های بخش نگرش نسبت به زایمان سزارین برحسب پاسخگویی به هر گزینه (n =۷۰۲)

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

بحث و نتیجه‌گیری

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 مطالعه‌ی 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 اخیرا 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 می‌رسد مداخلات آموزشی برای مادران در زمینه مزایای زایمان طبیعی و بالعکس گوشزد نمودن عوارض بالقوه سزارین چندان کارامد نبوده است. وفق نتایج، دانش و نگرش زنان مراجعه کننده به بخش خصوصی به طور معنی‌دار در قیاس با زنانی که به بخش دولتی مراجعه می‌نمایند، پایین‌تر 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 برنامه‌های ترویجی از یک‌سو و جدی گرفتن دستورالعمل ترویج زایمان طبیعی در بیمارستان‌های خصوصی و از سوی دیگر مداخلات بسیج رسانه‌ای به منظور تغییر نگرش کلی جامعه نسبت به زایمان طبیعی ضروری به نظر رسد. به نظر می‌رسد هنوز فضای فعلی برای خوشایندسازی زایمان فراهم نیست زیر شواهد تجربی نشان می‌دهند، حتی زنان مراجعه کننده به بخش دولتی به ویژه در زنان نخست‌زا تقاضای سزارین به دلیل ترس از درد زایمان بالاست. از این رو تقویت مداخلات آموزشی به منظور توانمندسازی زنان و بهبود رضایت‌مندی 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

مائده مجلسی: طراحی، اجرا، نظارت بر جمع‌آوری داده‌ها در مکان‌های پژوهش، تجزیه و تحلیل داده‌ها، 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 جنبه‌های آماری و تحلیل داده‌ها.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از اطلاعات پایان نامه مائده مجلسی در مقطع کارشناسی ارشد مامایی مصوب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. بدین وسیله از مسئولان دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی و همچنین کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان‌های خصوصی و دولتی که نمونه‌گیری در آن‌ها انجام شده و نیز خانم‌های باردار شرکت کننده که در این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.8.7]

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 Consens 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. Caesarean 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. Caesarean 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., Caesarean sections (indicator), A.o.J. 2016), Editor. 2016; Available at: https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.html.

20. Azami-Aghdash S, Ghojazadeh 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. Caesarean 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.8.7]

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, Esmaeili 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, Ghojazadeh 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 Sciences2007;1:19-23
37. Negahban T, Ansari Jaberi 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.8.7]

ABSTRACT

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

Nahid Akbari[1], Maedeh Majlesi[1*], Fatemeh Rakhshani[2], Ali Montazeri[3]

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 ere: 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.2.8.7]

[*] Corresponding author: School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 8828195
E-mail: mdh.majlesi@gmail.com