REVIEW ARTICLE

Interpersonal Relationships and Women's Attitudes, Preferences, and Decision-Making About the Mode of Birth: A Scoping Review

Sanaz Bahrami Samani[1,2]
Maryam Shahveisi[1]
Zohreh Shahhosseini[3]

[1]PhD Candidate in Midwifery, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Department of Midwifery, Chalous Branch, Islamic Azad University, Chalous, Iran
[3] Professor, Department of Midwifery, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received July 28, 2026; Accepted October 11, 2026)

Abstract

Background and purpose: Decision-making regarding the mode of birth is a complex, multidimensional process influenced by individual and clinical factors, as well as interpersonal relationships and social interactions. Despite the growing body of research in this field, the evidence on how interpersonal factors shape women's attitudes, preferences, and decisions regarding the mode of birth has not yet been comprehensively mapped and synthesised. This study aimed to identify, map, and synthesise the existing evidence on the role of interpersonal factors in shaping women's attitudes, preferences, and decisions regarding the mode of birth.

Materials and methods: Guided by the Joanna Briggs Institute (JBI) framework and reported in accordance with the PRISMA-ScR guidelines, this scoping review involved a systematic search of PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar. The search covered studies published in English and Persian between January 2015 and December 2025. Studies were screened against predefined eligibility criteria, and 14 were included in the review. Data were extracted using a structured approach and synthesised through thematic analysis.

Results: The synthesis identified three main themes: (1) Support from close social networks, highlighting the influence of partners, family members, and wider social networks; (2) Healthcare provider-patient interactions, focusing on the effects of communication quality, trust, and shared decision-making with healthcare professionals; and (3) Negative interpersonal pressures, encompassing conflicts and social constraints that influence women's choices.

Conclusion: Decision-making regarding the mode of birth is a relational process shaped by interactions between women, their families, healthcare providers, and the wider social and cultural context. Strengthening respectful communication, promoting shared decision-making, supporting family involvement where appropriate, and respecting women's autonomy may help women participate more fully in informed decisions about their mode of birth.

Keywords: mode of birth, shared decision-making, vaginal birth, caesarean section, scoping review

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (263): 301-314 (Persian).

Corresponding Author: Zohreh Shahhosseini - Department of Midwifery, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: zshahhosseini@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۶۳ آبان سال ۱۴۰۵ (۳۱۴-۳۰۱)

نقش روابط بین فردی در شکل گیری نگرش ها، ترجیحات و تصمیم گیری زنان درباره نوع زایمان: یک مرور دامنه ای

ساناز بهرامی سامانی [۱و۲]
مریم شاه ویسی [۱]
زهره شاه حسینی [۳]

چکیده

سابقه و هدف: تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان، فرایندی پیچیده و چند بعدی است که علاوه بر عوامل فردی و بالینی، تحت تأثیر روابط بین‌فردی و تعاملات اجتماعی نیز قرار دارد. با وجود افزایش مطالعات در این حوزه، شواهد مربوط به نقش عوامل بین‌فردی در شکل‌گیری نگرش ها، ترجیحات و تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان تاکنون به‌صورت جامع نقشه‌برداری و سنتز نشده است. این مطالعه با هدف شناسایی، ترسیم و سنتز شواهد موجود درباره نقش عوامل بین‌فردی در شکل‌گیری نگرش ها، ترجیحات و تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه یک مرور دامنه‌ای بر اساس چارچوب مؤسسه Joanna Briggs Institute (JBI) و مطابق با دستورالعمل PRISMA-ScR بود. جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Scopus، Web of Science و Google Scholar برای مطالعات منتشر شده به زبان فارسی و انگلیسی در بازه زمانی ژانویه ۲۰۱۵ تا دسامبر ۲۰۲۵ انجام شد. پس از غربالگری و بررسی متن کامل مطالعات بر اساس معیارهای ورود و خروج، در نهایت ۱۴ مطالعه وارد مرور شدند. داده‌ها با استفاده از فرم استخراج داده ساختاریافته گردآوری و به روش تحلیل موضوعی سنتز شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها در سه تم اصلی، نخست حمایت از سوی روابط نزدیک، شامل نقش همسر، خانواده و شبکه‌های اجتماعی در شکل‌گیری نگرش، ترجیح و تصمیم‌گیری زنان، دوم، رابطه با ارائه دهندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیری مشترک، شامل تأثیر کیفیت ارتباط، اعتماد، ارائه اطلاعات و مشارکت زنان در تصمیم‌گیری و سوم، تأثیرات منفی روابط بین‌فردی، تعارضات و فشارهای اجتماعی، که تصمیم گیری زنان درباره نوع زایمان شکل می دهند، سازمان‌دهی شدند.

استنتاج: تصمیم‌گیری درباره روش زایمان فرایندی رابطه محور است که در تعامل میان زنان، خانواده، ارائه دهندگان خدمات سلامت و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرد. تقویت ارتباطات محترمانه، تصمیم‌گیری مشترک، حمایت خانواده و احترام به خودمختاری زنان می‌تواند مشارکت آگاهانه آنان را در انتخاب نوع زایمان ارتقا دهد.

واژه های کلیدی: نوع زایمان، تصمیم‌گیری مشترک، زایمان واژینال، سزارین، مرور دامنه‌ای

مولف مسئول: زهره شاه حسینی- مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران **E-mail:** zshahhosseini@yahoo.com
۱. دانشجوی دکترای تخصصی مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. گروه مامایی، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران
۳. استاد گروه بهداشت باروری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری،دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۵/۵/۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۴/۵/۱۱ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۶/۱۹

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

زایمان یکی از مهم‌ترین رویدادهای زندگی زنان است که علاوه بر پیامدهای جسمانی، ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و عاطفی گسترده‌ای دارد و تجربه آن می‌تواند سلامت و رفاه مادر، نوزاد و خانواده را در کوتاه مدت و بلند مدت تحت تأثیر قرار دهد(۱). در سال‌های اخیر، رویکرد مراقبت‌های مامایی از تمرکز صرف بر پیامدهای بالینی، به سمت ارائه مراقبت‌های زن محور، احترام به کرامت، ارزش‌ها و ترجیحات زنان و ارتقای تجربه مثبت زایمان تغییر یافته است. در همین راستا، سازمان جهانی بهداشت بر اهمیت مراقبت مبتنی بر شواهد، حمایت مؤثر، ارتباط محترمانه و مشارکت فعال زنان در تصمیم‌گیری درباره مراقبت‌های خود تأکید دارد(۲). افزون بر این، مرورهای نظام‌مند نشان داده‌اند که تجربه زایمان و نحوه مشارکت زنان در تصمیم‌گیری با پیامدهایی مانند رضایت از مراقبت، سلامت روان پس از زایمان، اعتماد به نظام سلامت و نگرش آنان نسبت به بارداری‌ها و زایمان‌های آینده ارتباط دارد(۱، ۳).

تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان فرایندی پویا و چند بعدی است و صرفاً بر اساس ملاحظات بالینی یا اندیکاسیون‌های پزشکی شکل نمی‌گیرد، بلکه تحت تأثیر تعامل عوامل فردی، روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و نظام سلامت قرار دارد(۴). نگرش زنان نسبت به زایمان طبیعی و سزارین، ترجیح آنان برای نوع زایمان و تصمیم نهایی، لزوما یکسان نیست و ممکن است در طول بارداری یا حتی هنگام زایمان، تحت تأثیر اطلاعات جدید، تجربیات و شرایط مراقبتی تغییر کنند(۳، ۵). اگر چه عواملی مانند ترس از زایمان، ادراک درد، تجربه‌های قبلی، باورهای فرهنگی، ویژگی‌های فردی، اطلاعات دریافتی و کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر نگرش و ترجیح زنان نسبت به نوع زایمان هستند (۶، ۷). با وجود این، شواهد موجود نشان می‌دهد که این عوامل به‌صورت مستقل عمل نمی‌کنند، بلکه در بستر تعاملات اجتماعی و روابط انسانی معنا یافته و بر تصمیم‌گیری زنان اثر می‌گذارند(۴). نگرش، ترجیح و تصمیم نهایی زنان درباره نوع زایمان صرفاً بر اساس اندیکاسیون‌های پزشکی شکل نمی‌گیرد. این فرایند تحت تأثیر تعامل پیچیده عوامل فردی، روان‌شناختی، فرهنگی و اجتماعی قرار دارد(۶).

در این میان، روابط بین‌فردی می‌توانند نقش مهمی در شکل‌گیری نگرش ها، ترجیحات و تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان داشته باشند. زنان در فرایند تصمیم‌گیری با همسر، اعضای خانواده، دوستان و افراد مورد اعتماد و همچنین با ارائه دهندگان خدمات سلامت تعامل دارند و این روابط می‌توانند بر نحوه دریافت و تفسیر اطلاعات، شکل‌گیری باورها و انتظارات، ارزیابی منافع و مخاطرات گزینه‌های مختلف و اطمینان زنان نسبت به انتخاب خود اثر بگذارد(۵، ۸). همچنین، کیفیت ارتباط با ارائه دهندگان خدمات سلامت، از جمله اعتماد، احترام، ارائه اطلاعات شفاف و متوازن، و مشارکت زنان در تصمیم‌گیری، نقش مهمی در توانمندسازی آنان برای انتخاب آگاهانه ایفا می‌کند (۴، ۸). در مقابل، فشارهای بین‌فردی، توصیه‌های متناقض، تجربه اجبار یا بی‌احترامی از سوی اعضای خانواده یا کارکنان سلامت می‌تواند استقلال زنان را در تصمیم‌گیری محدود کرده و بر نگرش، ترجیح و انتخاب نهایی آنان درباره نوع زایمان اثر بگذارد(۵). در مجموع، شواهد موجود نشان می‌دهد که روابط بین‌فردی صرفاً منبعی برای حمایت عاطفی یا انتقال اطلاعات نیستند، بلکه بخشی اساسی از فرایند شکل‌گیری نگرش، ترجیحات و تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان را تشکیل می‌دهند.

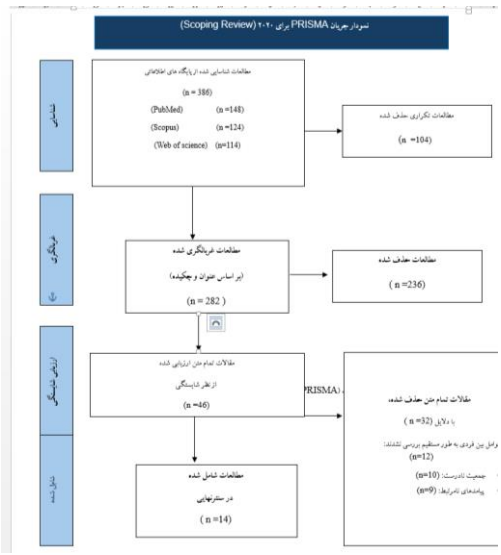
با وجود توجه فزاینده به عوامل مؤثر بر انتخاب نوع زایمان، شواهد موجود درباره نقش روابط بین‌فردی در این فرایند همچنان پراکنده است. مرورهای پیشین عمدتاً طیف گسترده‌ای از عوامل فردی، روان‌شناختی، بالینی و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

اجتماعی را بررسی کرده‌اند یا بر جنبه‌های خاصی از تصمیم‌گیری، مانند ترجیحات زنان یا برنامه‌ریزی برای نوع زایمان در زمینه‌های مشخص، تمرکز داشته‌اند(۵، ۹). در نتیجه، شواهد مربوط به روابط با همسر و خانواده، تعامل با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و سایر روابط بین‌فردی مؤثر بر نگرش، ترجیحات و تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان، به‌صورت یکپارچه و در کنار یکدیگر سنتز و نقشه‌برداری نشده است. افزون بر این، تفاوت در جمعیت‌ها، زمینه‌های فرهنگی، طرح‌های پژوهشی و پیامدهای بررسی شده، درک جامع از چگونگی و شرایط تأثیرگذاری روابط بین‌فردی بر این فرایند را دشوار کرده است. از این رو، این مرور دامنه‌ای با هدف شناسایی، نقشه‌برداری و سنتز شواهد موجود درباره نقش روابط بین‌فردی در شکل‌گیری نگرش، ترجیحات و تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان و شناسایی خلأهای دانشی موجود در این زمینه انجام شد.

مواد و روش ها

این مقاله یک مرور دامنه ای است که در پنج مرحله، طراحی سئوال تحقیق، جستجو و استخراج مطالعات مرتبط، انتخاب مطالعات، تنظیم داده ها و گزارش نتایج، با کلیدواژه های، Vaginal birth، Shared decision-making، Communication Mode، Spouses ،of birth preferences، Caesarean section، و معادل فارسی آن ها انجام شد. علاوه بر آن، فهرست منابع مطالعات وارد شده نیز برای شناسایی مقالات مرتبط بررسی گردید. مطالعات منتشر شده به زبان فارسی یا انگلیسی در فاصله ژانویه ۲۰۱۵ تا دسامبر ۲۰۲۵، در صورتی که با سؤال پژوهش و معیارهای ورود مطابقت داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به ماهیت مرور دامنه‌ای، مطالعات اولیه با طراحی‌های کمی، کیفی و روش‌های ترکیبی و همچنین مرورهای نظام‌مند و فراترکیب‌های مرتبط، در صورتی که به‌طور مستقیم با سؤال پژوهش و مفهوم مورد بررسی ارتباط داشتند، واجد شرایط ورود بودند. مطالعات پس از بررسی عنوان و چکیده و سپس ارزیابی متن کامل در موارد لازم، بر اساس معیارهای ورود و خروج از پیش تعیین شده غربالگری شدند. مطالعات واجد شرایط برای استخراج داده و سنتز توصیفی و مفهومی وارد مرور شدند. جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی Scopus، PubMedو Web of Science به همراه موتور جستجوی Google Scholar با استفاده از عملگرهای بولی انجام شد (نمودار شماره ۱).



نمودار شماره ۱: فلوچارت انتخاب مقالات (PRISMA)

طراحی مطالعه بر اساس دستورالعمل‌های مؤسسه Joanna Briggs Institute (JBI) برای مرورهای اسکوپینگ انجام گرفت. گزارش آن مطابق با چک لیست PRISMA-ScR ارائه شد(۱۰، ۱۱). همچنین چارچوب اولیه اسکوپینگ ریویو که توسط Arksey و O'Malley ارائه شده است، به عنوان مبنای مفهومی در طراحی مطالعه مورد استفاده قرار گرفت (۱۲).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

سؤال پژوهش بر اساس چارچوب (PCC) Population–Concept–Context طراحی شد که در آن جمعیت (Population) شامل زنان باردار و زنانی که در حال تصمیم گیری درباره نوع زایمان هستند، مفهوم (Concept) عوامل بین فردی موثر بر نگرش، ترجیحات و تصمیم گیری زنان درباره نوع زایمان و زمینه (Context) نیز محیط‌های ارائه مراقبت مامایی و زایمان، را دربر می‌گرفت. بر این اساس، سؤال پژوهش به این صورت که چه شواهدی درباره نقش عوامل بین‌فردی در شکل‌گیری نگرش، ترجیحات و تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان وجود دارد؟، تدوین شد.

معیارهای ورود: مطالعات اولیه کمی، کیفی و ترکیبی و نیز مرورهای نظام‌مند و فراترکیب‌های مرتبط که در فاصله ژانویه ۲۰۱۵ تا دسامبر ۲۰۲۵، به زبان فارسی یا انگلیسی و در مجلات علمی منتشر شده بودند، در صورت بررسی نقش عوامل یا فرایندهای بین‌فردی در شکل‌گیری نگرش، ترجیح، انتخاب یا تصمیم‌گیری زنان باردار یا زنان در مرحله برنامه‌ریزی درباره نوع زایمان، واجد شرایط ورود بودند. این عوامل شامل تأثیر و حمایت همسر و خانواده، تعامل با ارائه دهندگان خدمات سلامت، اعتماد، احترام، تبادل اطلاعات، توصیه و نفوذ، تصمیم‌گیری مشترک، مذاکره و روابط قدرت بود. ارتباط مستقیم این عوامل با پیامدهای مورد نظر، شرط اصلی ورود مطالعات بود.

معیارهای خروج: مطالعاتی که صرفاً به عوامل فردی، روان‌شناختی، فرهنگی، اقتصادی یا پزشکی، تجربه زایمان، رضایت از مراقبت یا کیفیت خدمات پرداخته بودند، بدون آن که ارتباط عوامل بین‌فردی را با نگرش، ترجیح یا تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان بررسی کنند، حذف شدند. همچنین، مطالعات با جمعیت نامرتبط، مطالعات منتشر شده خارج از بازه زمانی تعیین شده و مواردی که اطلاعات کافی برای ارزیابی ارتباط عوامل بین‌فردی با پیامدهای موردنظر ارائه نمی‌کردند، از مرور کنار گذاشته شدند.

یافته ها

در این مرور، مطالعات شناسایی شده وارد نرم‌افزار zotero شدند و موارد تکراری حذف گردید. غربالگری در دو مرحله شامل بررسی عنوان و چکیده و سپس بررسی متن کامل انجام شد. استخراج داده‌ها با استفاده از فرم استخراج داده ساختاریافته جمع‌آوری شدند. اطلاعات شامل مشخصات مطالعه (عنوان، نویسنده، سال، کشور، نتایج مطالعه) بود. در نهایت ۱۴ مطالعه مرتبط انتخاب و بررسی شدند، یافته ها بر اساس یک تحلیل موضوعی در سه طبقه، نخست، حمایت از سوی نزدیکان زن که شامل نقش همسر، اعضای خانواده و افراد نزدیک مانند مادر، خواهر و افراد نزدیک می باشد، دوم، رابطه با ارائه دهندگان خدمات سلامت و تصمیم گیری مشترک که شامل تعامل زن با ماما متخصص زنان پزشک پرستار و سایر اعضای تیم سلامت می باشد و سوم، تاثیرات منفی روابط بین فردی است که به تعاملاتی می پردازد که استقلال زن را در تصمیم گیری تضعیف می کند، سازماندهی شدند (جدول شماره ۱).

تاثیر روابط نزدیک بر نگرش، ترجیح و تصمیم گیری زنان درباره نوع زایمان

یافته‌های مطالعات نشان داد که روابط نزدیک، به‌ویژه با همسر، اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد مورد اعتماد، نقش مهمی در شکل‌گیری نگرش، ترجیح و تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان دارند. این روابط از طریق حمایت عاطفی، گفت‌وگوهای مشترک، انتقال تجربیات شخصی و تبادل اطلاعات، بر نحوه ارزیابی زنان از گزینه‌های مختلف زایمان تأثیر می‌گذارند(۴).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول شماره ۱: ویژگی‌های مطالعات وارد شده در مرور دامنه‌ای بر اساس نویسنده، سال، کشور، عنوان مطالعه و یافته‌های کلیدی

ردیف	نویسنده، سال	عنوان	کشور	نتایج
تاثیر روابط نزدیک بر نگرش ها ترجیحات و تصمیم گیری زنان درباره نوع زایمان				
۱	(Robson *et al.*, 2015)[13]	بررسی نقش همسر در تصمیم گیری زوجین برای انتخاب زایمان واژینال پس از سزارین در مقایسه با سزارین تکراری	استرالیا	بهبود آگاهی و درک همسران می‌تواند احتمال انتخاب زایمان واژینال پس از سزارین را افزایش دهد.
۲	(Serçekuş, Egelioglu Cetisli and İnci, 2015)[8]	ترجیحات نوع زایمان در زنان نخست‌زا و همسران آنان در ترکیه	ترکیه	این مطالعه نشان می‌دهد که تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان، یک فرایند مشترک در سطح زوجین است و ترجیحات همسر می‌تواند بر نگرش و انتخاب نهایی زن اثرگذار باشد.
۳	(Loke, Davies and Li, 2015)[4]	تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان: بر پایه مدل اعتقاد سلامت	هنگ کنگ چین	تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان صرفاً بر اساس دانش پزشکی یا ترجیحات فردی نیست، بلکه در بستر روابط اجتماعی و تعاملات بین‌فردی شکل می‌گیرد
۴	(Cruickshank *et al.*, 2025)[5]	عوامل بین‌فردی مؤثر بر تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان پس از سزارین: مرور نظام‌مند کیفی و متاسنتز	بریتانیا	تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان پس از سزارین، فرایندی رابطه محور است که تحت تأثیر حمایت همسر، خانواده و ارائه دهندگان خدمات سلامت، کیفیت ارتباطات و تعاملات بین‌فردی شکل می‌گیرد
تاثیر روابط و تعامل با ارائه دهندگان خدمات سلامت بر نگرش ها، ترجیحات و تصمیم گیری درباره نوع زایمان				
۵	(Miller and Holdaway, 2019)[14]	تأثیر نحوه ارائه اطلاعات خطر بر ترجیح زنان برای انتخاب نوع زایمان پس از سزارین قبلی: یک مطالعه آزمایشی	نیوزلند	ارائه اطلاعات خطر به‌صورت کامل، متوازن و شفاف، درک زنان از خطرات را بهبود داده و بر ترجیح آنان برای انتخاب نوع زایمان پس از سزارین تأثیر می‌گذارد
۶	(Declercq, Cheng and Sakala, 2018)[15]	آیا تصمیم‌گیری در مراقبت‌های مامایی درباره سزارین تکراری و القای زایمان در موارد مشکوک به ماکروزومی با استانداردهای تصمیم‌گیری مشترک مطابقت دارد؟	امریکا	این مطالعه نشان داد که استانداردهای تصمیم‌گیری مشترک در تصمیم‌گیری درباره سزارین تکراری و القای زایمان به‌طور کامل رعایت نمی‌شوند و توصیه ارائه دهندگان خدمات سلامت نقش تعیین کننده‌ای در انتخاب نهایی زنان دارد
۷	(Wise *et al.*, 2019)[16]	انتخاب‌های زایمان زنان در کلینیک «زایمان مثبت پس از سزارین »: کارآزمایی تصادفی راهبردهای مختلف حمایت از تصمیم‌گیری مشترک	نیوزلند	این مطالعه نشان داد که استفاده از ابزارهای حمایت از تصمیم‌گیری در کنار مراقبت‌های معمول، آگاهی زنان را افزایش داده، تعارض تصمیم‌گیری را—به‌ویژه در زنانی که در انتخاب نوع زایمان مردد بودند—کاهش می‌دهد و تصمیم‌گیری مشترک را تقویت می‌کند
۸	(Chinkam *et al.*, 2020)[17]	تأثیر مشاوره ساختاریافته مبتنی بر شواهد توسط ماما بر انتخاب نوع زایمان زنان پس از سزارین قبلی	امریکا	مشاوره ساختاریافته مبتنی بر شواهد باعث افزایش احساس آگاهی زنان، رضایت از فرایند تصمیم‌گیری و حمایت از انتخاب آگاهانه نوع زایمان شد، هرچند ترجیح اولیه نوع زایمان را به‌طور چشمگیری تغییر نداد و بیش‌تر به زنان کمک کرد تصمیم انتخاب شده خود را با اطمینان دنبال کنند
۹	(Hadizadeh-Talasaz *et al.*, 2021)[18]	تأثیر تصمیم‌گیری مشترک بر نوع زایمان، تعارض تصمیم‌گیری و پشیمانی از تصمیم در زنان باردار با سابقه سزارین: یک کارآزمایی بالینی تصادفی	ایران	مداخله تصمیم‌گیری مشترک باعث کاهش معنادار تعارض تصمیم‌گیری و پشیمانی از تصمیم و افزایش نرخ زایمان طبیعی پس از سزارین (VBAC) در مقایسه با مراقبت معمول شد.
۱۰	(Yuill *et al.*, 2020)[20]	تجربیات زنان از تصمیم‌گیری و انتخاب آگاهانه در مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان: مرور نظام‌مند و فراترکیب پژوهش‌های کیفی	انگلیس	این مطالعه نشان داد که تصمیم‌گیری آگاهانه زمانی تقویت می‌شود که زنان اطلاعات متوازن، ارتباط محترمانه، مشارکت واقعی در تصمیم‌گیری و حمایت مستمر از سوی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت دریافت کنند؛ در مقابل، کمبود اطلاعات، ارتباط ضعیف و روابط قدرت، مشارکت زنان را در تصمیم‌گیری محدود می‌کند
تاثیرات منفی روابط بین فردی تعارضات و فشارهای اجتماعی بر نگرش ها، ترجیحات و تصمیم گیری زنان درباره نوع زایمان				
۱۱	(Gavin, Ohaja and Biesty, 2025)[22]	عوامل کلیدی مؤثر بر تصمیم زنان برای زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی: یک مطالعه کیفی	ایرلند	این مطالعه نشان داد که تصمیم زنان برای زایمان طبیعی پس از سزارین تحت تأثیر اعتمادبه‌نفس، تجربیات قبلی، کیفیت اطلاعات دریافتی و به‌ویژه حمایت و نگرش ارائه دهندگان خدمات سلامت قرار دارد و این عوامل احساس توانمندی زنان را در تصمیم‌گیری تقویت می‌کنند.
۱۲	(Pegu *et al.*, 2025)[23]	بررسی فرایند تصمیم‌گیری برای تلاش جهت زایمان طبیعی پس از سزارین: یک مطالعه کیفی در یک مرکز پرتردد مراقبت‌های مامایی در پودوچری، جنوب هند	هند	این مطالعه نشان داد که تصمیم زنان برای زایمان طبیعی پس از سزارین تحت تأثیر تجربه‌های قبلی، احساسات، انتظارات فرهنگی و خانوادگی، تعامل با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، و اطلاعات کسب‌شده از همتایان و رسانه‌های دیجیتال قرار دارد
۱۳	(Vila Ortiz *et al.*, 2023)[21]	اندکی پدرسالاری پزشکی؟ مطالعه‌ای کیفی درباره روابط قدرت میان زنان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان در پنج بیمارستان دولتی آرژانتین	آرژانتین	زنان تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان را تحت تأثیر روابط قدرت نابرابر با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تجربه می‌کردند؛ به‌گونه‌ای که اقتدار پزشکی و رویکردهای پدرسالارانه اغلب مشارکت و استقلال آنان در تصمیم‌گیری را محدود می‌کرد، هرچند برخی زنان برای حفظ عاملیت خود به مذاکره و دفاع از ترجیحاتشان می‌پرداختند
۱۴	(Ouainaty *et al.*, 2025)[24]	تأثیر پزشک، خانواده و جامعه بر انتخاب سزارین به‌عنوان روش زایمان در زنان لبنانی	لبنان	این مطالعه نشان داد که انتخاب سزارین در زنان لبنانی تحت تأثیر هم‌زمان توصیه پزشکان، دیدگاه‌ها و انتظارات خانواده و هنجارهای اجتماعی قرار دارد و این عوامل بین‌فردی نقش مهمی در شکل‌گیری ترجیح و تصمیم نهایی زنان درباره نوع زایمان ایفا می‌کنند

یکی از برجسته‌ترین یافته‌های این طبقه، نقش همسر به‌عنوان شریک اصلی در فرایند تصمیم‌گیری بود. مطالعه Robson و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که تصمیم‌گیری درباره زایمان واژینال پس از سزارین

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

(VBAC) معمولاً به‌صورت مشترک میان زن و همسر انجام می‌شود و صرفاً یک تصمیم فردی نیست. این مطالعه نشان داد که نگرش و ادراک همسر نسبت به مزایا و خطرات VBAC بر تصمیم نهایی زوجین اثرگذار است و همسویی دیدگاه زن و همسر درباره ایمنی و مطلوبیت روش‌های مختلف زایمان، احتمال انتخاب زایمان واژینال پس از سزارین را افزایش می‌دهد (۱۳). یافته‌های مطالعه Serçekuş و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دهنده همسویی قابل توجه ترجیحات زنان و همسران آنان بود، به‌گونه‌ای که هر دو گروه عمدتاً زایمان واژینال را ترجیح می‌دادند. مهم‌ترین دلایل این ترجیح شامل طبیعی بودن زایمان، سالم‌تر بودن آن برای مادر و نوزاد، بهبودی سریع‌تر پس از زایمان، اجتناب از جراحی و بیهوشی، و امکان داشتن فرزندان بیش‌تر در آینده بود. همچنین، بیش از نیمی از زوجین اظهار کردند که در دوران بارداری اطلاعات کافی درباره گزینه‌های مختلف زایمان دریافت نکرده‌اند که می‌تواند بر کیفیت تصمیم‌گیری آنان تأثیرگذار باشد (۸). علاوه بر همسر، خانواده و شبکه‌های اجتماعی نیز در شکل‌گیری نگرش زنان نسبت به نوع زایمان نقش داشتند. مطالعه Loke و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که زنان برای کسب اطلاعات و شکل‌دهی نگرش خود نسبت به زایمان، از تجربیات و توصیه‌های مادر، خواهر، سایر بستگان، دوستان و نیز افراد مورد اعتماد استفاده می‌کنند. روایت‌های مربوط به تجربه زایمان و توصیه‌های این افراد، از مهم‌ترین منابع اطلاعاتی زنان پیش از زایمان بودند و بر ترجیح آنان نسبت به زایمان واژینال یا سزارین تأثیر می‌گذاشتند(۴).

در مجموع، شواهد این طبقه نشان می‌دهد که نگرش، ترجیح و تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان در بستر روابط نزدیک و تعاملات اجتماعی شکل می‌گیرد و تحت تأثیر مشارکت همسر، خانواده و شبکه‌های اجتماعی قرار دارد. مرور نظام‌مند کیفی Cruickshank و همکاران (۲۰۲۵) نیز این الگو را تأیید کرده و نقش روابط نزدیک را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل بین‌فردی مؤثر بر تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان گزارش کرده است(۵).

تأثیر رابطه و تعامل با ارائه دهندگان خدمات سلامت بر نگرش، ترجیح و تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان

یافته‌های مطالعات نشان داد که کیفیت تعامل زنان با ارائه دهندگان خدمات سلامت، نحوه انتقال اطلاعات، میزان مشارکت زنان در فرایند تصمیم‌گیری و حمایت ارائه شده برای انتخاب آگاهانه، از مهم‌ترین عوامل بین‌فردی مؤثر بر نگرش، ترجیح و تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان هستند. شواهد نشان داد که نحوه برقراری ارتباط و ارائه اطلاعات توسط پزشکان و ماماها می‌تواند درک زنان از گزینه‌های موجود را تحت تأثیر قرار داده و بر انتخاب نهایی آنان اثرگذار باشد.

مطالعه Holdaway و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که نحوه ارائه اطلاعات خطر توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت، نقش مهمی در ترجیح زنان برای نوع زایمان پس از سزارین دارد. زنانی که اطلاعات ناقص یا سوگیرانه به نفع سزارین تکراری دریافت کرده بودند، خطرات سزارین را کم‌تر برآورد کرده و بیش‌تر به انتخاب سزارین تمایل داشتند، در حالی که ارائه اطلاعات کامل، متوازن و با بیان خطر به‌صورت مطلق، موجب درک دقیق‌تر خطرات و کاهش این گرایش شد. با وجود این، نقش تعریف شده زنان در فرایند تصمیم‌گیری، به‌تنهایی تأثیر معنی‌داری بر ترجیح نوع زایمان نداشت (۱۴). یافته‌های Declercq و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد که اگر چه بسیاری از زنان درباره گزینه‌های زایمان با ارائه دهندگان خدمات سلامت گفت‌وگو کرده بودند، اما مؤلفه‌های اصلی تصمیم‌گیری مشترک به‌طور کامل اجرا نمی‌شد. اطلاعات ارائه شده بیش‌تر بر دلایل انجام مداخلاتی مانند سزارین تکراری یا القای زایمان متمرکز بود و کم‌تر به مزایا و معایب سایر گزینه‌ها پرداخته می‌شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

همچنین، توصیه ارائه دهنده خدمت تأثیر قابل توجهی بر تصمیم نهایی زنان داشت، به‌گونه‌ای که زنانی که پزشک انجام سزارین تکراری را توصیه کرده بود، با احتمال بسیار بیش‌تری این روش را انتخاب کردند(۱۵).

مطالعاتی که به ارزیابی مداخلات مبتنی بر تصمیم‌گیری مشترک پرداختند نیز نشان دادند که تقویت مشارکت زنان در فرایند تصمیم‌گیری می‌تواند کیفیت این فرایند را بهبود بخشد. Wise و همکاران (۲۰۱۹) گزارش کردند که استفاده از یک ابزار کمک تصمیم در کنار مراقبت معمول، اگر چه تغییر معنی‌داری در نوع زایمان یا رضایت از زایمان ایجاد نکرد، اما در زنانی که در انتخاب نوع زایمان مردد بودند، با کاهش تعارض تصمیم‌گیری و بهبود ادراک آنان از حمایت دریافتی همراه بود(۱۶). به همین ترتیب، Chinkam و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که به‌کارگیری بسته تصمیم‌گیری مشترک، شامل ابزار کمک تصمیم و راهنمای مشاوره برای ارائه دهندگان خدمات، آگاهی زنان را درباره گزینه‌های زایمان افزایش داد، احساس آمادگی آنان برای تصمیم‌گیری را تقویت کرد، مشارکت فعال آنان را در انتخاب نوع زایمان افزایش داد و تجربه ارتباط با ارائه دهندگان خدمات سلامت را بهبود بخشید(۱۷). در میان مطالعات مداخله‌ای، Hadizadeh-Talasaz و همکاران نیز نشان دادند که اجرای مشاوره مبتنی بر مدل تصمیم‌گیری مشترک برای زنان دارای سابقه سزارین، با کاهش معنی‌دار تعارض تصمیم‌گیری و پشیمانی از تصمیم همراه بود. علاوه بر این، زنان دریافت کننده این مداخله، نسبت به گروه مراقبت معمول، با احتمال بیش‌تری زایمان واژینال پس از سزارین را انتخاب کردند که نشان دهنده تأثیر مشارکت ساختاریافته زنان در فرایند تصمیم‌گیری بر انتخاب نهایی آنان بود(۱۸).

در مجموع، شواهد این طبقه نشان می‌دهد که کیفیت ارتباط و تعامل با ارائه دهندگان خدمات سلامت، ارائه اطلاعات دقیق، متوازن و قابل فهم، و فراهم کردن فرصت مشارکت فعال زنان در تصمیم‌گیری، از عوامل کلیدی مؤثر بر نگرش، ترجیح و تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان هستند. مرور دامنه‌ای Megregian و همکاران (۲۰۲۰) و مرور نظام‌مند و متاسنتز کیفی Yuill و همکاران نیز این الگو را تأیید کرده و نشان داده‌اند که راهبردهای تصمیم‌گیری مشترک، هر چند از نظر نوع مداخله و پیامدها ناهمگون هستند، می‌توانند تجربه تصمیم‌گیری زنان را بهبود بخشیده، تعارض و پشیمانی از تصمیم را کاهش دهند و مشارکت آگاهانه آنان را در انتخاب مراقبت‌های بارداری و زایمان تقویت کنند(۱۹، ۲۰).

تاثیرات منفی روابط بین فردی تعارضات و فشارهای اجتماعی که تصمیم گیری زنان درباره نوع زایمان را شکل می دهند

در مقابل نقش حمایت کننده روابط نزدیک و ارتباطات تسهیل کننده با ارائه دهندگان خدمات سلامت، مطالعات نشان دادند که روابط بین‌فردی می‌توانند به منبعی از فشار، تعارض و محدودیت در تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان تبدیل شوند. تصمیم‌گیری زنان در این مطالعات به‌عنوان فرایندی چند لایه توصیف شد که در آن ترجیحات فردی زنان در تعامل با روابط قدرت در نظام سلامت، انتظارات خانواده، هنجارهای فرهنگی و پیام‌های اجتماعی شکل می‌گرفت. این مطالعات نشان دادند که زنان نه در یک فضای کاملاً مستقل، بلکه در بستری از مذاکره مداوم میان عاملیت شخصی و نفوذ دیگران درباره نوع زایمان تصمیم می‌گیرند. یافته‌های این طبقه در سه زیر طبقه اصلی، روابط قدرت و فشار از سوی ارائه دهندگان خدمات سلامت، تعارض و مذاکره در فرایند تصمیم‌گیری و فشار خانواده، شبکه اجتماعی و هنجارهای فرهنگی، سازمان‌دهی شد.

این مطالعات نشان دادند که رابطه زنان با ارائه دهندگان خدمات سلامت یکی از مهم‌ترین عوامل شکل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

دهنده احساس اختیار یا محدودیت در تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان است. در مطالعه Vila Ortiz و همکاران(۲۰۲۳)، زنان تجربه تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان را در چارچوب روابط قدرت نابرابر میان بیمار و متخصصان سلامت توصیف کردند. یافته‌ها نشان داد که اقتدار پزشکی و رویکردهای پدرسالارانه می‌توانند ترجیحات زنان را تحت تأثیر قرار داده و تصمیم‌گیری را از یک فرایند مشارکتی به پذیرش توصیه‌های حرفه‌ای سوق دهند. زنان در این شرایط تلاش می‌کردند میان اعتماد به دانش تخصصی پزشکان و حفظ استقلال خود تعادل برقرار کنند(۲۱). همسو با این یافته‌ها، Gavin و همکاران (۲۰۲۵) نشان دادند که کیفیت تعامل با ارائه دهندگان خدمات سلامت می‌تواند احساس توانمندی زنان را تقویت یا تضعیف کند. شرکت‌کنندگان زمانی که اطلاعات واضح دریافت کرده، فرصت پرسش داشتند و در تصمیم‌گیری مشترک مشارکت می‌کردند، اعتماد و اطمینان بیش‌تری نسبت به انتخاب VBAC پیدا می‌کردند. در مقابل، تجربه نادیده گرفته شدن، تمرکز بیش از حد بر خطرات یا ارائه پیشنهادهای مداخله‌ای بدون مشارکت فعال زن، موجب کاهش احساس کنترل و افزایش تعارض در تصمیم‌گیری می‌شد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که نحوه برقراری ارتباط و توزیع قدرت در تعاملات درمانی، نقش اساسی در شکل‌گیری نگرش زنان نسبت به گزینه‌های زایمان دارد(۲۲). مطالعه Pegu (۲۰۲۵) نشان داد که هنجارهای فرهنگی مرتبط با زایمان طبیعی، که آن را نمادی از قدرت، توانایی مادری و تجربه مطلوب تولد می‌دانستند، نیز بر نگرش زنان اثرگذار بودند. با این حال، زنان این پیام‌های اجتماعی را به‌صورت منفعلانه نمی‌پذیرفتند، بلکه میزان تأثیرگذاری آن‌ها را بر اساس ارزش‌ها، تجربه‌ها و شرایط فردی خود ارزیابی می‌کردند (۲۳). علاوه بر تعاملات درمانی، خانواده و محیط اجتماعی نیز نقش مهمی در شکل‌گیری نگرش زنان نسبت به نوع زایمان داشتند. مطالعه Ouainaty و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد که تصمیم زنان درباره سزارین یا زایمان طبیعی تحت تأثیر همزمان پزشکان، خانواده و جامعه قرار دارد. پیام‌های دریافت شده از این منابع گاهی با یکدیگر همسو و گاهی متعارض بودند و زنان مجبور بودند میان توصیه‌های پزشکی، باورهای خانوادگی و ترجیحات شخصی خود تعادل برقرار کنند(۲۴).

در مجموع، یافته‌های این طبقه نشان دادند که عوامل بین‌فردی منفی در تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان در قالب فشار مستقیم، روابط قدرت، تعارض ارتباطی و انتظارات اجتماعی ظاهر می‌شوند. اگر چه روابط با ارائه دهندگان خدمات سلامت، خانواده و شبکه اجتماعی می‌توانند محدود کننده باشند، زنان در بسیاری از موارد از طریق کسب اطلاعات، جستجوی حمایت و مذاکره با افراد اثرگذار، برای حفظ عاملیت خود تلاش می‌کردند. بنابراین، تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان نه یک انتخاب کاملاً فردی و نه صرفاً نتیجه توصیه حرفه‌ای یا فشار اجتماعی است، بلکه فرایندی تعاملی است که در آن زنان میان استقلال شخصی و نیروهای بین‌فردی و اجتماعی پیرامون خود تعادل برقرار می‌کنند (جدول شماره ۱).

بحث

مطالعه حاضر با هدف ترسیم و یکپارچه‌سازی شواهد موجود درباره نقش عوامل بین‌فردی در شکل‌گیری نگرش، ترجیح و تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان انجام شد. یافته‌های این مرور دامنه‌ای نشان داد که تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان، فرایندی صرفاً فردی یا مبتنی بر ملاحظات بالینی نیست، بلکه در بستر تعاملات مستمر با همسر، اعضای خانواده، دوستان، ارائه دهندگان خدمات سلامت و زمینه اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرد. در مجموع، سه الگوی اصلی از شواهد استخراج شد که شامل حمایت روابط نزدیک، ارتباط با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیری مشترک، و عوامل بین‌فردی منفی شامل روابط قدرت، تعارض و فشارهای اجتماعی بود. این یافته‌ها نشان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

می‌دهد که روابط بین‌فردی می‌توانند به‌طور هم‌زمان نقش تسهیل کننده یا بازدارنده در تصمیم‌گیری زنان ایفا کنند و میزان تأثیر آن‌ها به کیفیت تعاملات، نحوه تبادل اطلاعات، توزیع قدرت در روابط و زمینه اجتماعی زنان بستگی دارد. همچنین، مرور حاضر نشان داد که زنان در فرایند تصمیم‌گیری دریافت کنندگان منفعل توصیه‌های پزشکی یا نظرات خانواده نیستند، بلکه با ارزیابی، تفسیر و گاه مذاکره با افراد اثرگذار، تلاش می‌کنند تصمیمی اتخاذ کنند که بیش‌ترین انطباق را با ارزش‌ها، تجربه‌ها و ترجیحات شخصی آنان داشته باشد. این یافته، تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان را به‌عنوان فرایندی رابطه محور معرفی می‌کند که در آن خودمختاری زنان در تعامل با روابط بین‌فردی، نه در استقلال کامل از دیگران، شکل می‌گیرد. یافته‌های مطالعه حاضر در عین همسویی با مرورهای پیشین، از نظر دامنه و تمرکز مفهومی تفاوت‌هایی با آن‌ها دارد. مرور Coates و همکاران (۲۰۲۰) عمدتاً با هدف شناسایی و توصیف ترجیحات زنان درباره نوع زایمان و عوامل مرتبط با شکل‌گیری این ترجیحات انجام شد و طیف گسترده‌ای از عوامل فردی، اجتماعی، فرهنگی و مرتبط با مراقبت را در بر گرفت(۹). در مقابل، مرور کیفی Cruickshank و همکاران (۲۰۲۵) به‌طور مشخص بر عوامل مؤثر بر ترجیحات و تصمیم‌گیری زنان در مورد نوع زایمان در کشورهای با درآمد بالا تمرکز داشت و شواهد کیفی موجود را در این زمینه سنتز کرد. مطالعه حاضر با وجود همپوشانی موضوعی با این دو مرور، از ابتدا با تمرکز مفهومی مشخص‌تری بر عوامل بین‌فردی و نقش روابط اجتماعی در شکل‌گیری نگرش ها، ترجیحات و تصمیم‌گیری زنان طراحی شد. از این رو، در این مرور، روابط با همسر و خانواده، دوستان و سایر زنان، و ارائه دهندگان خدمات سلامت نه صرفاً به‌عنوان برخی از عوامل مؤثر بر انتخاب نوع زایمان، بلکه به‌عنوان بسترهای تعاملی و منابع بالقوه حمایت، نفوذ، مذاکره و اعمال قدرت مورد توجه قرار گرفتند.

همچنین Robson و همکاران گزارش کردند که مشارکت فعال همسر، به‌ویژه در تصمیم‌گیری برای زایمان طبیعی پس از سزارین، موجب افزایش اعتماد زنان به انتخاب خود و تقویت احساس مشارکت در تصمیم‌گیری می‌شود. علاوه بر این، مطالعه Loke و همکاران بر اساس مدل اعتقاد سلامت نشان داد که توصیه‌ها و تجربه‌های اعضای خانواده، دوستان و حتی سایر زنان، به‌عنوان «محرک‌های اقدام » (Cues to Action)، نقش مهمی در شکل‌گیری نگرش و تصمیم نهایی زنان درباره نوع زایمان دارند(۴، ۵، ۱۳). با این حال، یافته‌های این مرور نشان می‌دهد که تأثیر روابط نزدیک را نباید صرفاً به‌عنوان «حمایت اجتماعی » تفسیر کرد. کیفیت، محتوا و جهت این تعاملات اهمیت بیش‌تری از وجود صرف آن‌ها دارد. زمانی که اطلاعات و حمایت‌های ارائه شده با ارزش‌ها و ترجیحات زنان همسو بود، این روابط به افزایش احساس اطمینان، کاهش اضطراب و تقویت مشارکت زنان در تصمیم‌گیری منجر می‌شد. در مقابل، زمانی که تجربه‌های منفی، باورهای نادرست یا انتظارات خانواده بر تصمیم زنان غلبه می‌کرد، همین روابط می‌توانستند به منبعی از فشار و تردید تبدیل شوند. این موضوع نشان می‌دهد که تأثیر روابط نزدیک بر تصمیم‌گیری زنان ماهیتی دوگانه دارد و می‌تواند بسته به زمینه اجتماعی، فرهنگی و کیفیت تعاملات، نقش حمایت کننده یا محدود کننده ایفا کند. این یافته‌ها با رویکرد مراقبت زن محور که توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) مطرح شده نیز همسو است. WHO تأکید می‌کند که تصمیم‌گیری آگاهانه زنان زمانی بیش‌ترین اثربخشی را دارد که علاوه بر دریافت اطلاعات مبتنی بر شواهد، از حمایت افراد مهم زندگی خود نیز برخوردار باشند و در عین حال، ترجیحات و ارزش‌های شخصی آنان محور اصلی تصمیم‌گیری باقی بماند. بنابراین، نتایج این مرور نشان می‌دهد که مداخلات آموزشی و مشاوره‌ای در دوران بارداری نباید صرفاً بر زنان متمرکز باشد، بلکه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

مشارکت همسر و در صورت تمایل زن، سایر اعضای خانواده نیز می‌تواند به ارتقای کیفیت تصمیم‌گیری و تقویت انتخاب آگاهانه درباره نوع زایمان کمک کند (۲). برخلاف رویکردهای سنتی که تصمیم‌گیری را عمدتاً بر پایه ارزیابی بالینی متخصصان استوار می‌دانند، مطالعات وارد شده در این مرور نشان دادند که زنان زمانی بیش‌ترین رضایت، اعتماد و اطمینان را نسبت به تصمیم خود تجربه می‌کنند که در فضایی مبتنی بر احترام متقابل، ارتباط مؤثر و تصمیم‌گیری مشترک قرار گیرند. مرور دامنه‌ای Yuill و همکاران نشان داد که مشارکت فعال زنان در تصمیم‌گیری‌های دوران بارداری و زایمان، احساس کنترل، رضایت از تجربه زایمان و اعتماد به نظام سلامت را افزایش می‌دهد. همچنین مطالعات مربوط به Decision Aid و مشاوره ساختاریافته برای زنان واجد شرایط زایمان طبیعی پس از سزارین نشان داده‌اند که ارائه اطلاعات متوازن، فرصت کافی برای گفت‌وگو و مشارکت واقعی زنان در تصمیم‌گیری، علاوه بر افزایش کیفیت تجربه زایمان، موجب انتخاب‌هایی می‌شود که بیش‌ترین انطباق را با ارزش‌ها و ترجیحات فردی زنان دارند (۲۰). با وجود این، یافته‌های مرور حاضر نشان داد که کیفیت این تعاملات در همه محیط‌های مراقبتی یکسان نیست. در برخی مطالعات، زنان از دریافت اطلاعات ناکافی، ارتباط غیرشفاف یا احساس نادیده گرفته شدن در فرایند تصمیم‌گیری سخن گفته بودند؛ در حالی که در مقابل، ارتباط مبتنی بر احترام، تداوم مراقبت و حمایت مستمر از سوی ماماها و سایر اعضای تیم درمان، احساس خودکارآمدی و اعتماد زنان را به‌طور چشمگیری افزایش می‌داد(۵). این تفاوت نشان می‌دهد که تأثیر ارائه دهندگان خدمات سلامت صرفاً به محتوای اطلاعات ارائه شده وابسته نیست، بلکه شیوه برقراری ارتباط، میزان گوش دادن فعال، احترام به ترجیحات زنان و ایجاد فضای گفت‌وگوی دو طرفه، عوامل تعیین کننده در کیفیت تصمیم‌گیری هستند(۳). بر این اساس، یافته‌های این مرور از دیدگاهی حمایت می‌کند که تصمیم‌گیری مشترک را نه یک مداخله مستقل، بلکه بخشی جدایی‌ناپذیر از مراقبت می‌داند(۲۵). تقویت مهارت‌های ارتباطی ارائه دهندگان خدمات سلامت، فراهم کردن زمان کافی برای مشاوره، استفاده از ابزارهای تصمیم‌یار و ایجاد فرصت برای طرح پرسش‌ها و نگرانی‌های زنان، می‌تواند مشارکت آگاهانه آنان را در تصمیم‌گیری افزایش داده و تجربه‌ای مثبت‌تر از مراقبت‌های بارداری و زایمان فراهم کند(۴، ۲۶). سازمان جهانی بهداشت تأکید می‌کند که احترام به کرامت، خودمختاری و حق مشارکت زنان در تصمیم‌گیری، یکی از مؤلفه‌های اساسی کیفیت مراقبت‌های بارداری و زایمان است (۲). همچنین Bohren و همکاران نشان داده‌اند که نادیده گرفتن ترجیحات زنان، ارتباطات غیرمحترمانه، اعمال فشار یا استفاده از اقتدار حرفه‌ای بدون مشارکت واقعی زنان، می‌تواند تجربه زایمان را تحت تأثیر قرار داده و احساس کنترل و رضایت آنان را کاهش دهد (۲۷). در همین راستا، Glover و همکاران نیز نشان دادند که مراقبت زن‌محور و محترمانه زمانی محقق می‌شود که روابط درمانی بر پایه احترام، اعتماد، حفظ خودمختاری و انتخاب آگاهانه زنان شکل گیرد و تعاملات میان زن و ارائه دهنده خدمات سلامت فراتر از انتقال صرف اطلاعات یا توصیه‌های تخصصی باشد (۲۸). از سوی دیگر، یافته‌های مرور حاضر نشان داد که فشارهای بین‌فردی صرفاً از سوی ارائه دهندگان خدمات سلامت اعمال نمی‌شوند. خانواده، همسر، دوستان و هنجارهای فرهنگی نیز می‌توانند با انتقال باورها، تجربه‌ها و انتظارات اجتماعی، بر نگرش و تصمیم زنان اثرگذار باشند. نکته قابل توجه آن است که این منابع نفوذ معمولاً به‌صورت مستقل عمل نمی‌کنند، بلکه شبکه‌ای از پیام‌های همسو یا گاه متعارض را ایجاد می‌کنند که زنان باید آن‌ها را تفسیر و مدیریت کنند. این موضوع با یافته‌های Johansson و همکاران درباره پیچیدگی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

تصمیم‌گیری زنان در انتخاب نوع زایمان و نقش هم‌زمان عوامل فردی، بین‌فردی و اجتماعی همخوانی دارد و نشان می‌دهد که تصمیم‌گیری زنان بیش از آن که حاصل یک عامل منفرد باشد، محصول تعامل چندین لایه از نفوذ اجتماعی و حرفه‌ای است(۲۹). با این حال، یکی از مهم‌ترین یافته‌های این مرور آن بود که زنان در برابر این فشارها، بازیگران منفعل نبودند. بسیاری از مطالعات نشان دادند که زنان از طریق جست‌وجوی اطلاعات، استفاده از تجربه سایر زنان، بهره‌گیری از شبکه‌های حمایتی و گفت‌وگوی مستمر با ارائه دهندگان خدمات سلامت، برای حفظ یا بازپس‌گیری اختیار خود تلاش می‌کردند. این یافته نشان می‌دهد که عاملیت زنان پدیده‌ای ثابت نیست، بلکه در جریان تعاملات اجتماعی و درمانی به‌طور مداوم بازتعریف و تقویت می‌شود. بنابراین، بهبود کیفیت تصمیم‌گیری درباره نوع زایمان تنها با افزایش آگاهی زنان امکان‌پذیر نیست، بلکه مستلزم ایجاد محیطی است که در آن روابط قدرت متعادل‌تر شود، ارتباطات محترمانه تقویت گردد و زنان فرصت واقعی برای بیان ترجیحات و مشارکت در تصمیم‌گیری داشته باشند.

محدودیت های مطالعه

یافته‌های این مرور باید با توجه به چند محدودیت تفسیر شوند. نخست، کیفیت روش‌شناختی و خطر سوگیری مطالعات ارزیابی نشد، بنابراین، نتایج بیانگر گستره و الگوهای مفهومی شواهد هستند، نه قدرت شواهد یا اثربخشی مداخلات، دوم، ناهمگونی مطالعات از نظر روش، جمعیت و زمینه‌های فرهنگی و تمرکز بخش قابل توجهی از شواهد بر کشورهای با درآمد بالا، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر زمینه‌ها را محدود می‌کند و سوم، احتمال از دست رفتن مطالعات منتشر نشده و مقالات غیرانگلیسی و نیز سوگیری انتشار وجود دارد.

همچنین، محدود بودن مطالعات پیش از سال ۲۰۲۳ درباره روابط قدرت، فشارهای اجتماعی و تعارض در تصمیم‌گیری نشان می‌دهد که این حوزه از ابعاد نوظهور پژوهش است و به بررسی‌های بیش‌تری در زمینه‌های فرهنگی و نظام‌های سلامت مختلف نیاز دارد. با وجود این محدودیت‌ها، یافته‌ها می‌توانند مبنایی برای طراحی پژوهش‌های آینده و توسعه مداخلات مبتنی بر تصمیم‌گیری مشترک و مراقبت زن محور باشند.

یافته‌های این مرور دامنه‌ای نشان داد که نگرش، ترجیح و تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان، فرایندی چند بعدی و رابطه محور است که در تعامل مستمر با همسر، خانواده، ارائه دهندگان خدمات سلامت و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرد. شواهد موجود بیانگر آن است که روابط بین‌فردی می‌توانند هم به‌عنوان عاملی تسهیل کننده و هم به‌عنوان منبعی از فشار، تعارض و محدودیت در تصمیم‌گیری عمل کنند و کیفیت این روابط، بیش از صرف وجود آن‌ها، در شکل‌گیری انتخاب نهایی زنان نقش دارد.

این مرور همچنین نشان داد که احترام به خودمختاری زنان، ارتباط مؤثر، ارائه اطلاعات متوازن و تصمیم‌گیری مشترک، از مهم‌ترین مؤلفه‌های مراقبت زن محور هستند که می‌توانند مشارکت آگاهانه زنان را در انتخاب نوع زایمان تقویت کنند. در مقابل، روابط قدرت نابرابر، ارتباطات ناکافی و فشارهای خانوادگی یا اجتماعی ممکن است استقلال زنان را در تصمیم‌گیری تضعیف کنند. با وجود افزایش توجه پژوهش‌ها به نقش عوامل بین‌فردی، به‌ویژه در سال‌های اخیر، همچنان خلأهای دانشی مهمی در زمینه تعامل هم‌زمان بازیگران مختلف، تفاوت‌های فرهنگی و اثربخشی مداخلات مبتنی بر تصمیم‌گیری مشترک وجود دارد. بنابراین، طراحی و ارزیابی مداخلاتی که به‌طور هم‌زمان بر توانمندسازی زنان، ارتقای مهارت‌های ارتباطی ارائه دهندگان خدمات سلامت، مشارکت سازنده خانواده و ایجاد محیط‌های مراقبتی مبتنی بر احترام و اعتماد تمرکز دارند، می‌تواند گامی مؤثر در جهت بهبود کیفیت تصمیم‌گیری، ارتقای تجربه زایمان و تحقق مراقبت‌های زن محور باشد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

References

1- McKelvin G, Thomson G, Downe S. The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. Women Birth 2021;34(5):407-416.

2- Organization WH. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; 2018.

3- Benyamini Y, Delicate A, Ayers S, Dikmen-Yildiz P, Gouni O, Jonsdottir SS, etal. Key dimensions of women's and their partners' experiences of childbirth: A systematic review of reviews of qualitative studies. PLoS One 2024;19(3):e0299151.

4- Loke AY, Davies L, Li S fun. Factors influencing the decision that women make on their mode of delivery: the Health Belief Model. BMC Health Serv Res 2015;15(1):274 PMID: 26188472.

5- Cruickshank MD, Robertson C, Brazzelli MG, Ekong AI, Ade M, Mcdonagh Hull P, etal. What are the influences on women's preferences and decision-making when planning mode of birth in high-income countries? A qualitative systematic review. AJOG Glob Rep 2025;5(3):100556 PMID: 41054416.

6- Siabani S, Jamshidi K, Mohammadi MM. Attitude of pregnant women towards Normal delivery and factors driving use of caesarian section in Iran (2016). Biopsychosoc Med 2019;13:8 PMID: 30976296.

7- Khosravi P, Pirdadeh Beiranvand S, Beiranvand B,Khalesi ZB. Relationship between Primigravid women's awareness, attitude, fear of childbirth, and mode of delivery preference. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X 2022;14:100143 PMID: 35141516.

8- Serçekuş P, Egelioglu Cetisli N, İnci FH. Birth preferences by nulliparous women and their partners in Turkey. Sex Reprod Healthc 2015;6(3):182–185 PMID: 26842643.

9- Coates D, Thirukumar P, Spear V, Brown G, Henry A. What are women's mode of birth preferences and why? A systematic scoping review. Women and Birth 2020;33(4):323–333 PMID: 31607640.

10- Peters MD, Marnie C, Colquhoun H, Garritty CM, Hempel S, Horsley T, etal. Scoping reviews: reinforcing and advancing the methodology and application. Syst Rev 2021;10(1):263.

11- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, etal. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med 2018;169(7):467–473.

12- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol 2005;8(1):19–32.

13- Robson S, Campbell B, Pell G, Wilson A, Tyson K, De Costa C, etal. Concordance of maternal and paternal decision-making and its effect on choice for vaginal birth after caesarean section. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2015;55(3):257–261.

14- Miller YD, Holdaway W. How communication about risk and role affects women's decisions about birth after caesarean. Patient Educ Couns 2019;102(1):68–76.

15- Declercq ER, Cheng ER, Sakala C. Does maternity care decision-making conform to shared decision-making standards for repeat cesarean and labor induction after suspected macrosomia? Birth 2018;45(3):236–244.

16- Wise MR, Sadler L, Shorten B, van der Westhuizen K, Shorten A. Birth choices for women in a 'Positive Birth after Caesarean'clinic: Randomised trial of

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

alternative shared decision support strategies. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2019;59(5):684–692.

17- Chinkam S, Steer-Massaro C, Damus K, Shorten B, Shorten A. A Shared Decision-Making Toolkit for Mode of Birth After Cesarean. J Perinat Educ 2020;29(1):35–49. PMID: 32021060.

18- Hadizadeh-Talasaz F, Ghoreyshi F, Mohammadzadeh F, Rahmani R. Effect of shared decision making on mode of delivery and decisional conflict and regret in pregnant women with previous cesarean section: a randomized clinical trial. BMC Pregnancy Childbirth 2021;21(1):144 PMID: 33596854.

19- Megregian M, Emeis C, Nieuwenhuijze M. The Impact of Shared Decision-Making in Perinatal Care: A Scoping Review. J Midwifery Womens Health 2020;65(6):777–788 PMID: 32767740.

20- ill C, McCourt C, Cheyne H, Leister N. Women's experiences of decision-making and informed choice about pregnancy and birth care: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. BMC Pregnancy Childbirth 2020;20(1):343 PMID: 32517734.

21- Vila Ortiz M, Gialdini C, Hanson C, Betrán AP, Carroli G, Mølsted Alvesson H. A bit of medical paternalism? A qualitative study on power relations between women and healthcare providers when deciding on mode of birth in five public maternity wards of Argentina. Reprod Health 2023;20(1):122 PMID: 37605278.

22- Gavin MM, Ohaja M, Biesty L. Key influences on women's decisions for vaginal birth following a previous caesarean section: A qualitative study. Sex Reprod Healthc 2025;46:101169 PMID: 41273934.

23- Pegu B, Vasudevan J, Chaturvedula L, Sarkar S, Nair NS, Keepanasseril A. Exploring the decision-making process for trial of labour after caesarean: A qualitative study from a high-volume maternity care setting in Puducherry, South India. Clin Epidemiol Glob Health 2025;36:102194.

24- Ouainaty E, Chahine A, Chalhoub E, Layoun CJ, Hallit S, Barakat H. Impact of physician, family and society on the choice of Cesarean-section delivery mode among Lebanese females. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X 2025;26:100378 PMID: 40129447.

25- Montori VM, Ruissen MM, Hargraves IG, Brito JP, Kunneman M. Shared decision-making as a method of care. BMJ Evid Based Med 2023;28(4):213–217 PMID: 36460328.

26- Bam V, Lomotey AY, Kusi-Amponsah Diji A, Budu HI, Bamfo-Ennin D, Mireku G. Factors influencing decision-making to accept elective caesarean section: A descriptive cross-sectional study. Heliyon 2021;7(8):e07755 PMID: 34430742. doi:10.1016/j.heliyon.2021.e07755 PubMed PMID: 34430742; PubMed Central PMCID: PMC8365447.

27- Bohren MA, Hazfiarini A, Vazquez Corona M, Colomar M, De Mucio B, Tunçalp Ö, etal. From global recommendations to (in) action: A scoping review of the coverage of companion of choice for women during labour and birth. PLOS Glob Public Health 2023;3(2):e0001476 PMID: 36963069.

28- Glover A, Holman C, Boise P. Patient-centered respectful maternity care: a factor analysis contextualizing marginalized identities, trust, and informed choice. BMC Pregnancy Childbirth 2024;24(1):267 PMID: 38605316.

29- Johansson M, Fenwick J, Premberg Å. A meta-synthesis of fathers′ experiences of their partner′ s labour and the birth of their baby. Midwifery 2015;31(1):9–18 PMID: 24906562.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]