

Comparing the Cultural Beliefs related to Mode of Delivery among Pregnant Women and Women with Childbirth Experiences as vaginal delivery or cesarean section (Tonekabon, 2014)

Robab Latifnejad Roudsari¹,
Maryam Zakerihamidi²,
Effat Merghati Khoei³,
Anoshirvan Kazemnejad⁴

¹ Associate Professor, Research Centre for Patient Safety, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran

³ Assistant Professor in Sexual Health Promotion, Iranian National Center of Addiction Studies, Institution of Risk Behavior Reduction, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Professor, Department of Biostatistics, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

(Received August 17, 2014; Accepted December 14, 2014)

Abstract

Background and purpose: Nowadays, unnecessary cesarean sections (C-sections) are deemed as a cultural issue. In fact, true beliefs of pregnant women about vaginal delivery have been replaced by misconceptions about C-section like being a fashion or as an indicator of high social class. This study aimed to compare the cultural beliefs about mode of delivery in pregnant women and women with experience of either vaginal delivery or C-section in Tonekabon, Iran, in 2014.

Materials and methods: This study was performed based on a comparative descriptive design. The sample consisted of 444 pregnant women and women with experience of either vaginal delivery or C-section attending the clinics of obstetricians and gynaecologists or healthcare centers in Tonekabon for prenatal or postpartum care. Pregnant women with obstetric problems that were imposed to have cesarean surgery were excluded from the study. To collect the data a researcher made questionnaire containing seven factors was used. The validity and reliability of the tool was confirmed using content and construct validity as well as internal consistency method, respectively. Descriptive and inferential statistics (ANOVA, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, and Tukey) were used to analyze the data.

Results: The mean score of cultural beliefs influencing childbirth decision-making in women with natural childbirth experiences (24.78 ± 2.70) was higher than those of the pregnant women (23.53 ± 3.01) and women with cesarean experiences (24.03 ± 2.66) ($P=0.001$). Also, there was a significant difference between the three groups regarding the mean scores of aspects of cultural beliefs about childbirth.

Conclusion: Frightening thoughts about vaginal delivery are prominent in women. Physicians and media could have important roles in raising awareness to overcome these beliefs. Hence, to promote a positive cultural attitude towards vaginal delivery informing the mothers about the nature of childbirth and correcting their misconceptions could be of great benefit.

Keywords: Belief, Culture, Decision making, Delivery

J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 24(120):54-68 (Persian).

مقایسه باورهای فرهنگی مرتبط با انتخاب نوع زایمان در زنان باردار، زنان با تجربه زایمان به روش طبیعی و سزارین [تنگابن، ۱۳۹۳]

دکتر رباب لطیف نژاد رودسری^۱

دکتر مریم ذاکری حمیدی^۲

دکتر عفت مرقاتی خویی^۳

دکتر انوشیروان کاظم نژاد^۴

چکیدہ

سابقه و هدف: امروزه سزارین‌های غیر ضروری به منزله مشکلی فرهنگی تلقی می‌شوند. در واقع، باورهای صحیح در مورد زایمان طبیعی جایگزین باورها و ارزش‌های غلط مانند مذبذوبی و برخورداری از کلاس اجتماعی در موارد سزارین شده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه باورهای فرهنگی زنان در مورد انتخاب نوع زایمان در مادران باردار، زنان زایمان کرده به روش طبیعی یا سزارین در شهرستان تنکابن در سال ۱۳۹۳ صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی - مقایسه‌ای است. حجم نمونه شامل ۴۴۴ نفر از زنان باردار و زنان زایمان کرده به روش‌های طبیعی و سزارین بود که برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری یا بعد از زایمان به مطب‌های متخصصان زنان و مراکز بهداشتی تنکابن مراجعه کرده بودند. زنان بارداری که به دلایل پزشکی ناچار به انتخاب روش زایمان سزارین بودند، از مطالعه حذف شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای محقق ساخته ۷ عاملی (باورهای برانگیزنده زایمان طبیعی؛ باورهای اجتماعی زایمان؛ باورهای برانگیزنده زایمان سزارین؛ باورهای فردی؛ نقش منابع اطلاعاتی؛ اندیشه‌های دهشتناک؛ نقش باورهای مرتبط با تجربه زایمان پیشین) مشتمل بر ۳۶ آیتم بود و روایی ابزار به روش روایی محتوا و سازه و پایایی آن به روش همسانی درونی تأیید شد. برای تحلیل نتایج از آمار توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار و دامنه) و آمار تحلیلی (آزمون‌های تحلیل واریانس، کروسکال والس، من-ویتنی، و توکر) استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات باورهای فرهنگی انتخاب نوع زایمان در گروه زنان زایمان کرده به روش زایمان طبیعی ($24/78 \pm 2/70$) نسبت به گروه زنان باردار ($23/53 \pm 3/01$) و گروه زنان زایمان کرده به روش سزارین ($24/03 \pm 2/66$) بیشتر است ($P=0/001$). بین میانگین نمرات مؤلفه‌های باورهای فرهنگی انتخاب نوع زایمان در سه گروه هدف، تفاوت معنادار وجود داشت.

استنتاج: با توجه به غالب بودن اندیشه‌های دهشتناک از زایمان طبیعی از یک سو و پذیرش نقش پزشکان و رسانه‌ها برای اطلاع‌رسانی از سوی دیگر ضروری است از طریق آموزش به مادران در مورد ماهیت زایمان‌ها و همچنین اصلاح باورهای غلط آنان در ارتباط با فرهنگ زایمان بر افکار دهشتناک مربوط به زایمان طبیعی غلبه و بدین‌وسیله مادران را تشویق به زایمان طبیعی کرد.

واژه های کلیدی: باور، تصمیم گیری، زایمان، فرهنگ.

مقدمه

آمار سزارین در نقاط مختلف دنیا متفاوت بوده و به صورت روز افزونی نیز رو به افزایش است، بعد از

دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ میزان سزارین در دنیا افزایش (۱) و طی ۲۰ سال اخیر از ۵ به ۲۵ درصد افزایش یافته

Email: maryamzakerihamidi@yahoo.co.nz

۱. دانشیار بهداشت باروری، مرکز تحقیقات امنیت بیمار، گروه مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، تنکابن، ایران

۳. استاد باارقاء سلامت جنس، مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی، تهران، تهران، ایران

۴. استاد گم‌وه آمار ز بسته، دانشکده ن‌شکے، دانشگاه تربت مدرس، تهران، ام‌ان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۵/۲۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۸/۱۴ تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۹/۲۳

است (۲). به گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰، افزایش تصاعدی زایمان به روش سزارین، هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه دیده می‌شود. به‌طوری که این افزایش بیشتر به کشورهای در حال توسعه برای ارائه خدمات بهتر و در دسترس‌تر اختصاص دارد (۳). در کشورهای توسعه یافته، زایمان سزارین در بین روش‌های عمده جراحی، رتبه یک را به خود اختصاص داده است (۴).

آمار سزارین در سال ۱۹۷۰، در ایالات متحده ۵ درصد بود، در حالی که در سال ۲۰۰۵ این میزان به ۳۰/۲ درصد افزایش یافت (۵). در سال ۱۹۸۰ آمار سزارین در انگلستان، ۲۱ درصد، در سال ۲۰۰۱، به ۲۱ درصد و در سال ۲۰۰۶ این میزان به ۲۳ درصد افزایش یافت (۶، ۷).

نگاهی به روند تغییر روش زایمان از طبیعی به سزارین در کشور ایران نشان می‌دهد، در سال ۲۰۰۸ تقریباً ۴۰ درصد از زایمان‌ها در بیمارستان‌های دولتی و ۹۰ درصد از آن‌ها در بیمارستان‌های خصوصی به روش سزارین انجام شده است (۸). بنا بر آمارهای غیررسمی (۱۳۹۳) اعلام شده از سوی وزارت بهداشت ایران میزان سزارین در حال حاضر به ۵۴ درصد رسیده است (۹). بر اساس برخی گزارش‌ها میزان سزارین در شمال ایران در استان مازندران ۷۰ درصد گزارش شده که این میزان ۱۵ درصد بالاتر از میانگین کشوری است (۱۰).

سزارین بنا به درخواست مادر می‌تواند دلیل اصلی برای افزایش آمار سزارین در دنیا باشد. سزارین انتخابی، ۴ تا ۱۸ درصد از کل زایمان‌های سزارین را شامل می‌شود (۱۱) که به نظر می‌رسد، در سراسر جهان رو به افزایش است (۱۲). دلایل انجام سزارین انتخابی شامل عوامل روانی (ترس شدید از درد زایمان یا ترس از زایمان) (۱۳)، سزارین قبلی و تجربیات منفی در زایمان قبلی (۱۴) و تمایل به داشتن فرزندان کمتر و بنابراین

انتخاب زایمان سزارین به دلیل اعتقاد بر نقش زایمان سزارین بر حفظ سلامت جنین است (۱۵).

مهم‌ترین تعیین‌کننده رفتار فرد، قصد یا تصمیم رفتاری است که *fishbein* و *ajzen* تصمیم‌گیری را قضاوت احتمالی فرد از نوع رفتار مورد نظر وی بیان کرده‌اند. تصمیم فرد برای انجام یک رفتار حاصل ترکیب دو عامل یعنی باورهای فرهنگی نسبت به رفتار و هنجارهای ذهنی است. باورهای فرهنگی فرد نسبت به رفتار خاص را باورهای فرد در مورد نتایج حاصله از رفتار و ارزیابی فرد از این نتایج، شکل می‌دهد و عامل دوم یعنی هنجارهای ذهنی شامل ادراکات و اعتقادات فرد نسبت به نرم‌ها و هنجارهای جامعه است (۱۶).

زنان باردار در مورد انتخاب روش زایمان واژینال یا سزارین در یک فرایند تصمیم‌گیری قرار می‌گیرند و عوامل گوناگونی در این انتخاب نقش دارند. به‌طور کلی تصمیم‌گیری و انتخاب، فرآیندی ذهنی است که تمام افراد بشر در سراسر زندگی خود با آن سر و کار دارند. فرآیند تصمیم‌گیری در پرتو فرهنگ، ادراکات، اعتقادات، ارزش‌ها، نگرش‌ها، شخصیت، دانش و بینش فرد صورت می‌گیرد و این عوامل بر یکدیگر تأثیر متقابل نیز دارند (۱۷).

تفاوت‌های فرهنگی بین دیدگاه کسانی که معتقد به زایمان طبیعی بوده و بسیاری از سزارین‌ها را غیرضروری می‌دانند، با نظرات کسانی که آمارهای بالای سزارین را قابل‌توجه می‌دانند، وجود دارد. اختلاف بزرگ در آمار سزارین از منطقه‌ای به منطقه دیگر نشان می‌دهد، یکی از علل آن، تفاوت‌های فرهنگی مربوط به انتخاب سزارین است. یک دیدگاه سزارین را در مواردی که حتی لازم و نجات‌بخش است، به‌عنوان مداخله غیرضروری برای زنان می‌داند. در جامعه‌ای با چنین دیدگاهی، متخصصان زنان و

مادران باردار به اشاعه فرهنگ زایمان طبیعی کمک می‌کند. دیدگاه فرهنگی دیگر، هیچ اشکالی برای بالا بودن آمار سزارین در یک منطقه نسبت به میزان ملی آن قائل نیست (۱۸).

زایمان طبیعی را می‌توان یکی از زیباترین رویدادهای زندگی هر زن و در عین حال یک واقعیت تنش‌زا دانست که در صورت عدم امکان انجام آن به دلایل پزشکی انجام زایمان به شیوه سزارین اقدامی ضروری محسوب می‌شود (۱۹). در حالی که می‌توان گفت، در بسیاری از موارد، ضرورت‌های پزشکی منجر به زایمان به شیوه سزارین نمی‌شود، بلکه ناآگاهی، عقاید، رفتارها و نگرش‌های نادرست، تعیین‌کننده شیوه زایمان شده است. به این معنا که ارجحیت زایمان سزارین در زنان دارای ریشه‌های فرهنگی، اجتماعی و روانی دارد (۲۰). به‌طوری که امروزه در بسیاری از جوامع، انجام زایمان با روش سزارین به یک فرهنگ مبدل شده و بیش از نیمی از زنان، داوطلبانه به انجام سزارین روی می‌آورند (۲۱).

نوع ادراکات افراد نیز در انتخاب روش زایمانی، نقش مهمی دارد و حاصل اطلاعات دریافت شده از منابع گوناگونی است که احتمالاً از لحاظ دقت و قابلیت اطمینان متفاوت هستند. این در حالی است که در برخی موارد انجام سزارین برای پیشگیری از خطرات مادر و جنین ضروری است اما به دلیل عدم آگاهی افراد سبب امتناع از سزارین از سوی آنان شده است. فرهنگ‌ها و باورها نیز به میزان قابل توجهی گرایش افراد را به سمت نوع خاصی از زایمان تحت تأثیر قرار می‌دهد. به نظر Aziken و همکاران تصورات فرهنگی غلط در مورد زایمان‌ها، دلیل اصلی برای امتناع تعدادی از افراد بدون در نظر گرفتن ضرورت آن است (۲۲).

در مطالعات مختلف عوامل متعددی برای انتخاب زایمان طبیعی بیان شده است. یکی از مهم‌ترین عوامل

تعیین‌کننده، گرایش فردی به سمت زایمان طبیعی است که متأثر از عوامل متعددی شامل تمایل به تجربه زایمان طبیعی، تجربه قبلی رضایت‌بخش، عدم نگرانی از ایمنی مادر و کودک، بهبودی سریع‌تر بعد از زایمان، ترس از بی‌هوشی است (۲۳). نتایج حاصل از مطالعه Kasai نشان داد، اغلب زنان زایمان طبیعی را در اولویت قرار دادند و علت این امر، بهبودی سریع‌تر بعد از زایمان طبیعی در مقایسه با سزارین بود (۲۴).

Gamble و همکارانش در مورد دلایل انتخاب زایمان سزارین نشان دادند که در اغلب موارد، هنجارهای پزشکی خدمات سلامت ریشه در مسائل غیرپزشکی دارد (۲۵). مطالعات علوم اجتماعی انجام شده در رابطه با ارجحیت نوع خاصی از زایمان نشان داده‌اند، زنان به شدت بر اطلاعات غیررسمی کسب شده از منابعی مانند دوستان و افراد فامیل، تلویزیون، اینترنت و توصیه‌های عوام در مورد بارداری و زایمان متکی هستند. در مقابل، مراکز رسمی مانند محل‌های ارائه خدمات مراقبت‌های بارداری یا کلاس‌های آموزشی زایمان حداقل تأثیر را بر ادراک زنان از بارداری و زایمان دارد (۲۶). تعداد کمی از مطالعات علوم اجتماعی نشان داده‌اند، کلاس اجتماعی نقش مهمی در نحوه ادراک زنان باردار در مورد نوع زایمان و انتخاب آن ایفا می‌کند (۲۷). Martin و همکاران نشان داد، کلاس اجتماعی بر روی ادراکات و انتظارات زنان از جسم خود و نوع زایمان تأثیرگذار است (۲۸). حمایت اجتماعی نیز نقش مهمی در ارجحیت به زایمان سزارین ایفا می‌کند. همان‌طور که در مطالعه Anderson و همکارانش اصرار بیمار و خانواده وی از عوامل افزایش دهنده آمار زایمان سزارین بیان شده است (۲۹). از آنجا که ارتقاء سلامت مادران نیازمند شناخت فاکتورهای متعدد و پیچیده در زمینه انتخاب نوع زایمان است و این امر از طریق توجه به باورها، ارزش‌ها و

آداب و رسوم زنان و درک تأثیر عوامل فرهنگی بر انتخاب نوع زایمان و سلامت مادران محقق می‌شود (۳۰). لذا مداخلات مؤثر در زمینه ترویج زایمان طبیعی و کاهش آمار سزارین غیرضروری باید با توجه به ارزش‌ها و باورهای رایج در یک منطقه صورت گیرد. یکی از مؤثرترین اقدامات، شناخت و مقایسه باورهای جهت‌دهنده به انتخاب نوع زایمان از دیدگاه زنان باردار، زایمان‌کرده به روش طبیعی و زایمان‌کرده به روش سزارین برای درک عوامل تأثیرگذار در انتخاب نوع زایمان است تا بر اساس آن بتوان برنامه‌ریزی‌های مؤثر برای کاهش آمار سزارین را طراحی کرد. از آنجا که در این زمینه اطلاعات بسیار کمی وجود دارد، پژوهش حاضر با هدف مقایسه باورهای فرهنگی زنان در مورد انتخاب نوع زایمان در مادران باردار، زنان زایمان‌کرده به روش طبیعی و سزارین در شهرستان تنکابن در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر که به عنوان بخشی از یک پژوهش گسترده انجام شده است، مطالعه‌ای توصیفی-مقایسه‌ای^۱ (۳۱) است که با هدف مقایسه باورهای فرهنگی مرتبط با انتخاب نوع زایمان در سه گروه از زنان باردار، زنان زایمان‌کرده به روش طبیعی و زنان زایمان‌کرده به روش سزارین در شهرستان تنکابن در سال ۱۳۹۲ انجام شده است.

مرحله اول در پژوهش گسترده، مطالعه‌ای کیفی با رویکرد اتنوگرافی متمرکز بود که در انتهای آن، پرسشنامه‌ای برای بررسی عوامل فرهنگی اجتماعی مرتبط با انتخاب نوع زایمان طراحی شد که بعد از تعیین روایی و پایایی آن در بخش ابزارسازی، در قالب این مطالعه توصیفی مقایسه‌ای بر روی زنان باردار، زنان

زایمان‌کرده به روش طبیعی و زنان زایمان‌کرده به روش سزارین که به مطب‌ها و مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان تنکابن برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری و بعد از زایمان مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت.

نمونه‌گیری در مطالعه حاضر به صورت خوشه‌ای انجام شد. این گونه که از بین ۱۰ مطب متخصصان زنان و ۱۵ مرکز بهداشتی درمانی، ۶ مرکز (۳ مطب متخصصان زنان و ۳ مرکز بهداشتی) به‌طور تصادفی انتخاب شدند. سپس تعداد نمونه‌های لازم از هر مرکز بر اساس تعداد زنان باردار و زنان زایمان‌کرده به روش زایمان طبیعی و سزارین تحت پوشش آن‌ها تعیین شد. روش نمونه‌گیری در مراکز انتخاب شده به روش آسان و بر اساس معیارهای نمونه‌گیری انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی، بومی بودن، زنان باردار در سه ماهه سوم بارداری و سزارین انتخابی و زنان زایمان‌کرده به روش طبیعی و سزارین (حداکثر تا شش ماه بعد از زایمان) و معیارهای خروج از مطالعه شامل وجود اختلالات و بیماری‌های داخلی و مامایی که انجام زایمان سزارین اورژانس را ضروری کند و عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه بود.

تعداد افراد نمونه در مرحله کمی با توجه به ماهیت این نوع از مطالعه پس از اتمام مرحله کیفی و با شکل‌گیری دقیق سؤالات مرحله کمی تعیین شد. حجم نمونه با توجه به عدم وجود مطالعه‌ای مشابه در کشور، با استفاده از مطالعه راهنما و با در نظر داشتن حدود اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد تعیین شد. نمونه‌ها از بین زنان باردار و زنان زایمان‌کرده‌ای (زایمان طبیعی و زایمان سزارین انتخابی) که برای دریافت مراقبت‌های بارداری و بعد از زایمان به مطب‌های متخصصان زنان و مراکز بهداشتی تنکابن مراجعه کرده

¹ Comparative descriptive design

جدول ۱: مشخصات باروری در زنان باردار و زایمان کرده به

روش طبیعی و سزارین

مشخصات باروری	انحراف معیار طبیعی	P (نتیجه آزمون Kruskal-Wallis)
تعداد حاملگی		
- زنان باردار	۱/۷۴±۰/۸۷	۰/۱۵۹
- زنان زایمان کرده به روش طبیعی	۱/۸۴±۱/۳۴	
- زنان زایمان کرده به روش سزارین	۱/۶۰±۰/۸۹	
تعداد زایمان		
- زنان باردار	۰/۴۵±۰/۵۸	۰/۱۰۰
- زنان زایمان کرده به روش طبیعی	۱/۵۹±۰/۹۶	
- زنان زایمان کرده به روش سزارین	۱/۳۵±۰/۷۴	
تعداد سقط		
- زنان باردار	۰/۳۲±۰/۵۹	۰/۲۸۵
- زنان زایمان کرده به روش طبیعی	۰/۲۳±۰/۶۶	
- زنان زایمان کرده به روش سزارین	۰/۲۲±۰/۵۱	

بودند با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد. لازم به ذکر است، حداقل حجم نمونه برای هر گروه در مطالعه حاضر ۱۴۸ نفر و مجموعاً ۴۴۴ نفر برآورد شد. برای برآورد حجم نمونه، از میانگین باورهای فرهنگی زنان نسبت به انتخاب نوع زایمان دو گروه از سه گروه مورد مطالعه که مقادیر بالاتری داشتند، استفاده شد تا بتوان بیشترین تعداد نمونه‌ها را برآورد کرد.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(X_1 - X_2)^2} = \frac{(1.96 + 0.84)^2 (1.25^2 + 1.19^2)}{(4.17 - 3.8)^2} = 148$$

ابزار گردآوری اطلاعات در مطالعه حاضر، پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه‌ای بود که گویه‌های آن بر اساس یافته‌های بخش اول مطالعه گسترده (مطالعه کیفی) حاصل شد (۳۲، ۳۴). این پرسشنامه مشتمل بر ۳۶ آیتم در قالب ۷ عامل بود: ۱- باورهای برانگیزنده زایمان طبیعی (تمایل به تجربه درد زایمانی، درک لذت مادر شدن، کوچک‌تر شدن شکم، راحت‌تر بودن دومین زایمان، عدم تأثیر منفی بر سلامت جنین، کوتاه بودن درد زایمان، طبیعی بودن زایمان، بخشایش گناهان، توانایی انجام امور شخصی و مراقبت از فرزند و عوارض کمتر) ۲- باورهای اجتماعی زایمان (انجام سزارین به درخواست همراهان زانو، انتخاب

سزارین از سوی افراد ثروتمند، انتخاب سزارین از سوی افراد باکلاس، انتخاب سزارین از روی چشم و هم چشمی، اعتقاد به بی‌درد بودن سزارین) ۳- باورهای برانگیزنده زایمان سزارین (ترس از درد زایمان طبیعی، شنیدن داستان‌های منفی در مورد زایمان طبیعی، کوتاه مدت بودن روند سزارین، عوارض زایمان طبیعی، عدم کاهش لذت جنسی) ۴- باورهای فردی (زایمان طبیعی نمایانگر اوج قدرت یک زن، تشابه نوع زایمان فرد با زایمان مادرش، عدم وجود احساس مادرانه عمیق نسبت به فرزند در طی سزارین، خارج شدن زایمان از حالت طبیعی، کاهش توانایی‌های فرد برای مراقبت از بچه و انجام امور شخصی) ۵- اعتقاد به نقش منابع اطلاعاتی (سایر مادران، رسانه‌ها، پزشک) ۶- اندیشه‌های دهشتناک (معاینات زیاد واژینال، ترس از بیمارستان دانشجویی، ترس از مردن) و ۷- اعتقاد به نقش باورهای مرتبط به تجربه زایمانی پیشین (اعتقاد به نقش رضایتمندی از نوع زایمان قبلی) (جدول ۱) که روایی (صوری، محتوا، سازه) و پایایی ($\alpha=0.80$) مناسبی داشت. برای تعیین روایی صوری کمی از روش تأثیر آیتم، برای تعیین روایی صوری کیفی از نظرات ۱۰ نفر از خبرگان و ۲۰ نفر از گروه هدف، برای تعیین روایی محتوای کمی از دو شاخص نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوای ۲ و برای تعیین روایی محتوای کیفی از نظرات ۱۰ نفر از متخصصان استفاده شد. در این مطالعه با توجه به اینکه ارزیابان پرسشنامه، ۱۰ نفر بودند، مقادیر CVR برای تمامی گویه‌های ابزار (۶۰ آیتم)، بالاتر از حداقل میزان قابل قبول در جدول لاوشه (۰/۶۲) بود و بنابراین همه آن‌ها برای انجام مرحله بعدی حفظ شدند. نتایج مطالعه حاکی از آن بود که ۴۱ آیتم نمره CVI بالاتر از ۰/۸ را داشته، لذا مناسب تشخیص و

¹ Content Validity Ratio² Content Validity Index

حفظ شدند و دو گویه نمره ۰/۷۵ را داشتند که اصلاح شد. در نهایت پرسشنامه مشتمل بر ۴۳ گویه حاصل شد. برای تعیین روایی سازه از روش تحلیل عاملی و برای تعیین پایایی از ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۴۰۰ نفر از زنان بارداری، زنان زایمان کرده به روش طبیعی و زنان زایمان کرده به روش سزارین استفاده شد. گویه‌های پرسشنامه در قالب مقیاس لیکرت ۵ امتیازی (۵: کاملاً موافقم، ۴: نسبتاً موافقم، ۳: تا حدی موافقم، ۲: اندکی موافقم و ۱: موافق نیستم) تدوین شد. نمره‌گذاری مقیاس لیکرت در گویه‌های شماره ۱۲، ۱۵، ۳۶، ۲۹ که مفهوم منفی داشتند، در مراحل ورود داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت عکس انجام شد. حداقل نمره پرسشنامه، ۴۳ و حداکثر نمره پرسشنامه، ۲۱۵ بود. پرسشنامه به روش خود ایفا تکمیل شدند. پس از تأیید پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه و کسب معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی و دانشگاه مشهد و ارائه آن به متخصصان زنان و مسئولان مراکز بهداشتی تنگابن، مطالعه انجام شد. پژوهشگر به واحدهای پژوهش در مورد اهمیت، اهداف و کاربرد نتایج توضیح داده و از افرادی که معیار ورود به مطالعه و تمایل به شرکت در مطالعه را دارند، درخواست می‌شد فرم رضایت‌نامه کتبی شرکت در مطالعه را تکمیل و امضاء و سپس پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. به سؤالات واحدهای پژوهش در رابطه با گویه‌های پرسشنامه در حین تکمیل آن پاسخ داده شد. همچنین به واحدهای پژوهش توضیح داده شد، شرکت در مطالعه، اختیاری بوده و در هر مرحله‌ای از پژوهش که تمایل به ادامه نداشتند، می‌توانند نسبت به خروج از مطالعه اقدام کنند.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار و دامنه) و تحلیلی (آزمون کلموگروف اسمیرنوف، کروسکال والیس، آنوا، من-ویتنی) و نرم‌افزار SPSS

(نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آمار توصیفی برای توصیف ویژگی‌های واحدهای پژوهش استفاده شد. همچنین برای تحلیل داده‌های کیفی در سه گروه از آزمون کای اسکوتر و برای تحلیل داده‌های کمی از آزمون ANOVA استفاده شد. در کلیه آزمون‌ها ضریب اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد مشارکت‌کنندگان در هر گروه، ۱۴۸ نفر بود و کلاً ۴۴۴ نفر وارد مطالعه شدند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان در گروه زنان باردار، ۲۷/۶۳ سال با انحراف معیار ۳/۶۸، در گروه زنان زایمان کرده به روش زایمان طبیعی، ۲۸/۰۹ سال با انحراف معیار ۴/۳۸ و در گروه زنان زایمان کرده به روش سزارین، ۲۸/۴۶ سال با انحراف معیار ۴/۲۸ بود. در گروه زنان باردار، ۲۷/۶۳±۳/۶۸ سال؛ در گروه زنان زایمان کرده به روش زایمان طبیعی، ۲۸/۰۹±۴/۳۸ سال و در گروه زنان زایمان کرده به روش سزارین، ۲۸/۴۶±۴/۲۸ سال بود. میانگین مشخصات باروری مشارکت‌کنندگان در جدول یک آورده شده است. اکثر زنان در گروه‌های زنان باردار (۴۰/۴ درصد)، زنان زایمان کرده به روش زایمان طبیعی (۵۰/۳ درصد)، زنان زایمان کرده به روش سزارین (۴۰ درصد) تحصیلات دیپلم داشتند. اکثر زنان در گروه‌های زنان باردار (۸۴/۹ درصد)، زنان زایمان کرده به روش زایمان طبیعی (۷۵/۷ درصد)، زنان زایمان کرده به روش سزارین (۷۷/۶ درصد) خانه‌دار بودند.

در جدول ۲، آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و همچنین تحلیل واریانس و سطح معنی‌داری هر یک از ابعاد باورهای فرهنگی در مورد انتخاب نوع زایمان در سه گروه از زنان باردار، زنان زایمان کرده به

جدول ۲. مقایسه ابعاد باورهای فرهنگی در مورد نوع زایمان در زنان باردار و زایمان کرده به روش طبیعی و سزارین

P	F(2, 441)	زنان زایمان کرده به روش سزارین	زنان زایمان کرده به روش طبیعی	زنان باردار	ابعاد باورهای فرهنگی در مورد نوع زایمان
		mean±SD	mean±SD	mean±SD	
^a /.۰۰۰	—	۳/۷۰±۰/۷۲	۴/۱۰±۰/۶۲	۳/۶۳±۰/۸۳	عامل ۱: باورهای برانگیزنده زایمان طبیعی
^a /.۰۰۰	—	۲/۴۹±۰/۸۳	۲/۷۶±۰/۸۴	۲/۱۸±۰/۷۹	عامل ۲: باورهای اجتماعی زایمان
^b /.۰۰۱	۷/۰۲	۳/۳۴±۰/۵۲	۳/۱۰±۰/۶۰	۳/۱۴±۰/۶۴	عامل ۳: باورهای برانگیزنده زایمان سزارین
^b /.۰۰۰	۱۴/۲۸	۳/۲۷±۰/۷۳	۳/۵۶±۰/۶۴	۳/۱۳±۰/۷۲	عامل ۴: باورهای فردی
^a /.۰۰۵	—	۴/۲۴±۰/۶۳	۴/۳۱±۰/۶۶	۴/۲۰±۰/۷۸	عامل ۵: نقش منابع اطلاعاتی
^a /.۰۱۳	—	۳/۲۶±۰/۷۳	۳/۳۷±۰/۷۲	۳/۱۸±۰/۶۷	عامل ۶: اندیشه‌های دهشتناک
^a /.۰۰۰	—	۳/۷۳±۱/۰۸	۳/۵۶±۱/۱۴	۴/۰۳±۱/۱۱	عامل ۷: نقش باورهای مرتبط به تجربه زایمانی پیشین
^b /.۰۰۱	۷/۵۰	۲۴/۰۳±۲/۶۶	۲۴/۷۸±۲/۷۰	۲۳/۵۳±۳/۰۱	نمره کل باورهای فرهنگی

Kruskal-Wallis آزمون P-value: a

ANOVA آزمون P-value: b

روش طبیعی و زنان زایمان کرده به روش سزارین نسبت به انتخاب نوع زایمان ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، میانگین نمره باورهای فرهنگی در مورد انتخاب نوع زایمان در زنان زایمان کرده به روش زایمان طبیعی نسبت به زنان باردار و زنان زایمان کرده به روش سزارین بیشتر است.

بر اساس نتایج حاصله از آزمون کلموگروف اسمیرنوف، عامل ۳: مؤلفه باورهای برانگیزنده زایمان سزارین و عامل ۴: مؤلفه باورهای فردی در سه گروه مشارکت‌کنندگان (زنان باردار، زنان زایمان کرده به روش زایمان طبیعی و زنان زایمان کرده به روش سزارین)، از توزیع نرمال برخوردار بودند. از اینرو از آزمون ANOVA برای مقایسه این دو عامل در سه گروه مشارکت‌کننده استفاده شد. نتایج آزمون ANOVA نشان داد، مؤلفه باورهای برانگیزنده زایمان سزارین ($P=0/001$) و مؤلفه باورهای فردی ($P=0/000$) در سه گروه از مشارکت‌کنندگان اختلاف آماری معنی‌داری داشتند (جدول شماره ۲).

همچنین بر اساس نتایج حاصله از آزمون کلموگروف اسمیرنوف، عامل باورهای برانگیزنده زایمان طبیعی، باورهای اجتماعی زایمان، نقش منابع اطلاعاتی، اندیشه‌های دهشتناک و نقش باورهای مرتبط به تجربه زایمانی پیشین در سه گروه مشارکت‌کنندگان (زنان باردار، زنان زایمان کرده به روش زایمان طبیعی و

زنان زایمان کرده به روش سزارین)، از توزیع نرمال برخوردار نبودند. از این رو از آزمون Kruskal-Wallis برای مقایسه این عوامل در سه گروه از مشارکت‌کنندگان استفاده شد (جدول شماره ۲).

نتایج آزمون Tukey نشان داد، گروه زنان باردار و زنان زایمان کرده به روش سزارین در باورهای برانگیزنده زایمان سزارین ($P=0/010$)؛ گروه زنان باردار و زنان زایمان کرده به روش طبیعی در باورهای فردی ($P=0/000$) و نمره کل باورهای فرهنگی ($P=0/000$)، همچنین گروه زنان زایمان کرده به روش طبیعی و زنان زایمان کرده به روش سزارین در باورهای برانگیزنده زایمان سزارین ($P=0/002$)، باورهای فردی ($P=0/001$) و نمره کل باورهای فرهنگی ($P=0/056$) تفاوت معنی‌دار داشتند.

نتیجه آزمون Kruskal-Wallis برای مقایسه عامل نقش منابع اطلاعاتی در سه گروه از مشارکت‌کنندگان نشان داد که مؤلفه نقش منابع اطلاعاتی در سه گروه مورد بررسی معنی‌دار نبود ($P=0/405$). به عبارت دیگر، هر سه گروه بر نقش پزشک و رسانه در ارائه اطلاعات در مورد انتخاب نوع زایمان اشاره داشتند و علاوه بر آن برای تکمیل اطلاعات خود در مورد انتخاب نوع زایمان از اطلاعات و آگاهی سایر افراد با تجربه زایمانی استفاده می‌کردند.

با توجه به اینکه نتیجه آزمون Kruskal-Wallis در

عامل باورهای برانگیزنده زایمان طبیعی، عامل باورهای اجتماعی زایمان، عامل اندیشه‌های دهشتناک و عامل نقش باورهای مرتبط به تجربه زایمانی پیشین معنی‌دار بود، پس از انجام تصحیح بن فرونی با $\alpha = 0.017$ برای مقایسه گروه‌های زنان باردار و زنان زایمان کرده به روش طبیعی و زنان زایمان کرده به روش سزارین از آزمون Mann-Whitney استفاده شد.

نتایج آزمون Mann-Whitney نشان داد، گروه زنان باردار و زنان زایمان کرده به روش طبیعی در باورهای برانگیزنده زایمان طبیعی ($P=0.000$)، باورهای اجتماعی زایمان ($P=0.000$)، اندیشه‌های دهشتناک ($P=0.013$) و نقش باورهای مرتبط به تجربه زایمانی پیشین ($P=0.000$)؛ گروه زنان باردار و زنان زایمان کرده به روش سزارین در باورهای اجتماعی زایمان ($P=0.000$) و نقش باورهای مرتبط به تجربه زایمانی پیشین ($P=0.008$)؛ همچنین گروه زنان زایمان کرده به روش طبیعی و زنان زایمان کرده به روش سزارین در باورهای برانگیزنده زایمان طبیعی ($P=0.000$) و باورهای اجتماعی زایمان ($P=0.005$) تفاوت معنی‌دار داشتند.

در عامل برانگیزاننده زایمان طبیعی، قویترین باور طبیعی بودن زایمان طبیعی و ضعیف‌ترین باور راحت‌تر بودن دومین زایمان طبیعی بود. در عامل باورهای اجتماعی، زایمان قویترین باور انجام سزارین به درخواست همراهان زانو و ضعیف‌ترین باور انتخاب سزارین از سوی افراد باکلاس بود. در عامل برانگیزاننده زایمان، سزارین قویترین باور ترس از درد زایمان طبیعی و ضعیف‌ترین باور عوارض زایمان طبیعی بود. در عامل باورهای فردی، کاهش توانایی‌های فرد برای مراقبت از بچه و انجام امور شخصی بعد از زایمان سزارین به‌عنوان قویترین باور و مشابه بودن نوع زایمان فرد با نوع زایمان مادرش به‌عنوان ضعیف‌ترین باور بود. در عامل نقش منابع اطلاعاتی، قویترین باور نقش پزشک و ضعیف‌ترین

باور نقش رسانه‌ها بود. در عامل اندیشه‌های دهشتناک، قوی‌ترین باور ترس از بیمارستان دانشجویی و ضعیف‌ترین باور ترس از معاینات زیاد ماماها بود. در عامل نقش باورهای مرتبط به تجربه زایمانی پیشین، قوی‌ترین باور اعتقاد به نقش رضایت‌مندی از زایمان طبیعی قبلی و ضعیف‌ترین باور اعتقاد به نقش رضایت‌مندی از زایمان سزارین قبلی بود.

بحث

مروری بر مطالعات انجام شده در مورد باورهای فرهنگی نسبت به انتخاب نوع زایمان نشان داد، پژوهش حاضر تنها مطالعه‌ای است که به مقایسه باورهای فرهنگی انتخاب نوع زایمان در سه گروه از زنان باردار، زنان زایمان کرده به روش طبیعی و زنان زایمان کرده به روش سزارین می‌پردازد.

در مطالعه حاضر باورهای برانگیزنده زایمان طبیعی و باورهای برانگیزنده سزارین در بین گروه‌ها تفاوت آماری معنی‌داری داشت. تمایل به تجربه درد زایمانی، درک بهتر لذت مادری، عدم تأثیر بر شکم مادران، راحت‌تر بودن دومین زایمان طبیعی، محدود بودن درد زایمان به قبل و حین زایمان، حفظ سلامت جنین، طبیعی بودن فرایند زایمان، آموزش گناهان طی زایمان طبیعی و تقرب الهی، حفظ توانایی‌های فردی بعد از زایمان طبیعی و عوارض کمتر زایمان طبیعی در مقایسه با سزارین از جمله باورهای برانگیزنده زایمان طبیعی بود. نتایج حاصله از مطالعه Kasai نشان داد، اغلب زنان زایمان طبیعی را در اولویت قرار دادند و علت این اولویت دادن، بهبودی سریع‌تر بعد از زایمان طبیعی در مقایسه با سزارین بود (۲۴).

در حالی که ترس از درد زایمان، شنیدن داستان‌های منفی در مورد زایمان طبیعی، راحت و کوتاه‌مدت بودن سزارین، مشاهده عوارض زایمان طبیعی در دیگران،

اعتقاد به تکرار عوارض زایمان طبیعی سایر اعضا خانواده در خود و عدم شلی پرینه و بروز اختلالات جنسی در سزارین از جمله باورهای برانگیزنده زایمان سزارین در یکی از عامل‌های پرسشنامه بود. در مطالعه Jamshidi avanaki و همکاران نیز دلایلی چون سلامت جنین، ترس از درد، فشار روانی و اضطراب، پیشگیری از پارگی‌های دستگاه تناسلی، ترس از معاینات واژینال، پیشگیری از تغییر شکل و شل‌شدگی دستگاه تناسلی و کوتاه شدن زمان زایمان را برای انتخاب سزارین بیان کردند (۳۵).

یکی از باورهای فردی در مطالعه حاضر، کاهش توانایی‌های فرد بعد از زایمان سزارین برای مراقبت از بچه و انجام کارهای شخصی بود. در مطالعه اتقایی و همکاران (۲۰۱۱)، واحدهای پژوهش بر این باور بودند، سزارین باعث رهایی از درد زایمان طبیعی می‌شود، در صورتی که درد و ناراحتی بعد سزارین، توانایی مادران را برای ایفای نقش مادری و مراقبت از خود و فرزند کاهش می‌داد (۳۶).

در مطالعه حاضر، هر سه گروه بر نقش پزشک و رسانه در ارائه اطلاعات در مورد انتخاب نوع زایمان اشاره داشتند و علاوه بر آن برای تکمیل اطلاعات خود در مورد انتخاب نوع زایمان از اطلاعات و آگاهی سایر افراد با تجربه زایمانی استفاده می‌کردند. آگاهی، مهم‌ترین عامل مؤثر بر سلامتی است و کسب آگاهی شرط اساسی و اولین قدم در اتخاذ یک رفتار بهداشتی است (۳۷).

در ایران، بسیاری از زنان به‌طور معمول طی دوران بارداری به متخصصان زنان و زایمان مراجعه می‌کنند. مراقبت‌های هنگام لیبر، زایمان و دوره پس از زایمان در بیمارستان صورت می‌گیرد؛ بنابراین متخصصان زنان و زایمان مسئولیت‌های مهمی برای مراقبت و تصمیم‌گیری به عهده دارند. در بخش‌های خصوصی، زنان به‌طور عمده سزارین انتخابی را برمی‌گزینند (۳۸). نحوه

مدیریت زنان از سوی متخصصان زنان و زایمان، توصیه‌ها و تصمیم‌گیری آن‌ها نقش مهمی در میزان زایمان سزارین دارد (۳۹، ۴۰).

آگاهی‌های زنان، بیشتر از تجارب سایر افراد نشأت گرفته که ممکن است از نظر علمی، درست نباشد. عدم آگاهی از عوارض سزارین، نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی، نسبت دادن شایعات و عوارض نادرست به زایمان طبیعی و ترویج زایمان سزارین از جمله دلایل مهم انتخاب سزارین است (۴۱). باید به این نکته مهم توجه کرد، سطح تحصیلات بالا و داشتن آگاهی نیز می‌تواند به نوبه خود عامل ترس باشد، اما نقش آن‌ها در کاهش ترس قوی‌تر است و از سوی دیگر، نحوه انتقال اطلاعات نیز عامل مهم دیگری است (۴۲).

در مطالعه حاضر اندیشه‌های دهشتناک در سه گروه مورد مطالعه، نسبت به معاینات زیاد ماماها و عدم توجه آن‌ها، بیمارستان دانشجویی و معاینات دانشجویان و ترس از مردن در طی زایمان طبیعی تفاوت معنی‌داری داشت. بالاترین نمره میانگین اندیشه‌های دهشتناک مربوط به گروه زنان زایمان کرده به روش زایمان طبیعی بود که می‌توان علت آن را در تجربه حضور در بخش لیبر و قرارگرفتن تحت معاینات واژینال و همچنین احساس مرگ در حین زایمان توسط این گروه دانست. ترس از مرگ حین زایمان، توکوفوبیا نامیده می‌شود که نوع اولیه آن قبل از حاملگی و نوع ثانویه آن بعد از یک زایمان تروماتیک شروع می‌شود (۴۲). در مطالعه حاجیان و همکاران (۲۰۱۰) نیز زنان باردار خصوصاً زنان نخست‌زا ترس از عدم همراهی پزشک بر بالین بیمار را به‌عنوان یکی از شایع‌ترین علل ترس بیان کردند (۴۳). برقراری ارتباط مناسب بین ماما، پزشک و مادر و نشان‌دادن مهارت و حرفه‌ای بودن ماماها، لقاء آرامش به مادر و گروه پزشکی در انتخاب نوع زایمان کمک کرده و به کاهش موارد سزارین می‌انجامد (۴۴). افرادی

که ترس کمتری دارند، نسبت به مراقبین خود، اعتماد بیشتری دارند (۴۱). Johnson و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند، تفاوتی در ترس از زایمان بین زنانی که زایمان طبیعی انجام داده‌اند و زنانی که سزارین اورژانسی یا انتخابی شده‌اند، وجود ندارد (۴۵).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، یکی از تعیین‌گرهای انتخاب نوع زایمان، نقش رضایت‌مندی از تجربیات زایمانی است. زایمان، فرایندی چند بعدی بوده و ابعاد جسمی، هیجانی، اجتماعی، فیزیولوژیکی، فرهنگی و روانی را در برمی‌گیرد و تجربه‌ای بحرانی در طول حیات فرد محسوب می‌شود (۴۶). نوع انتظارات زایمانی افراد بر احساس رضایت آنان از تجربیات زایمانی تأثیرگذار است. نتایج مطالعه باقری^۱ و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان دیدگاه متخصصین زنان و زایمان ایرانی در مورد فاکتورهایی که بر انتخاب نوع زایمان از سوی زنان باردار تأثیر می‌گذارد: مطالعه‌ای کیفی در کاشان نشان داد، در صورتی که درد زایمان به تجربه‌ای شیرین تبدیل شود، زایمان طبیعی به راحتی انجام خواهد شد و اصطلاحاً اگر زن خوش‌زا باشد و با خاطره‌ای خوش زایمان کند، می‌تواند منجر به کاهش آمار زایمان سزارین شود (۴۷). نتایج مطالعه احمد شیروانی و همکاران (۲۰۱۴) با عنوان تبیین نقش تجارب زایمانی زنان در انتخاب نوع زایمان: یک مطالعه کیفی با روش آنالیز محتوا نشان داد که تجارب زایمانی مثبت باعث نگرش مثبت مادر به زایمان طبیعی می‌شود و زنان، اغلب سزارین را به عنوان راهکاری برای عدم رویارویی با تجارب منفی زایمان طبیعی انتخاب می‌کنند (۴۸). شواهد نشان می‌دهد، مشکلات مادر و نوزاد با تجارب منفی یا از قبل پیش‌بینی نشده زایمانی بی‌ارتباط نیست (۴۹).

عدم وجود انگیزه کافی در تعدادی از واحدهای پژوهش برای تکمیل پرسشنامه و همچنین عدم تفکیک

پرایمی پارها از مولتی پارها از جمله محدودیت‌های این مطالعه بود. علاوه بر آن، در این پژوهش باورهای فرهنگی در مورد نوع زایمان در سه گروه از زنان باردار، زنان زایمان‌کرده به روش زایمان طبیعی و زنان زایمان‌کرده به روش سزارین مورد بررسی قرار گرفت، لذا پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های بعدی باورهای فرهنگی در مورد نوع زایمان در گروه ماماها و متخصصان زنان و زایمان نیز مورد ارزیابی قرار گیرد. با بهره‌گیری از نتایج مطالعه حاضر و عوامل مؤثر بر باورهای فرهنگی زنان در مورد نوع زایمان می‌توان در کلاس‌های آمادگی زایمان برای تقویت باورهای مثبت در مورد انتخاب زایمان طبیعی و گسترش پیام‌هایی در رابطه با فرهنگ زایمان طبیعی و کاهش باورهای منفی در مورد زایمان سزارین و در نهایت ارتقاء سلامت مادران به عنوان گروه آسیب‌پذیر جامعه گام برداشت.

یافته‌ها حاکی از آن است که ابعاد مختلف باورهای فرهنگی انتخاب نوع زایمان شامل باورهای برانگیزنده زایمان طبیعی، باورهای اجتماعی زایمان، باورهای برانگیزنده زایمان سزارین، باورهای فردی و تجربیات زایمانی در گروه‌های زنان باردار، زنان زایمان‌کرده به روش طبیعی و زنان زایمان‌کرده به روش سزارین تفاوت آماری معنی‌دار وجود داشت. هر سه گروه، نقش رسانه و پزشک را به عنوان منابع اطلاعاتی در انتخاب نوع زایمان مؤثر می‌دانستند و برای تکمیل اطلاعات زایمانی خود از افراد باتجربه کسب اطلاع می‌کردند. داشتن آگاهی به نوبه خود باعث ایجاد ترس می‌شود، اما تأثیر آن در کاهش ترس، قوی‌تر است. نکته مهم در این رابطه، مربوط به نحوه انتقال اطلاعات است که ممکن است در برخی موارد، اطلاعات دریافتی از منابع غیررسمی، صحیح و علمی نباشد.

با توجه به اینکه علت آن، ترس از ناشناخته‌ها و نگرانی از تطبیق خود با شرایط زایمان طبیعی است،

¹Bagheri

سپاسگزاری

مطالعه حاضر، حاصل طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد است که از سوی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با شماره ۹۰۰۹۸۵ مورد تأیید قرار گرفت. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، مسئولین محترم دانشگاه و مشارکت کنندگان که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

می‌توان از طریق آموزش به مادران در مورد ماهیت زایمان طبیعی و سزارین، مزایای زایمان طبیعی و معایب زایمان سزارین، تقویت باورهای برانگیزنده زایمان طبیعی، کاستن از باورهای برانگیزنده زایمان سزارین، آموزش راهکارهای تطبیق با شرایط زایمان طبیعی و فرهنگ‌سازی برای ترویج زایمان طبیعی از طریق پزشکان و رسانه‌ها و همچنین مشاوران زایمانی، ترس و اضطراب ناشی از زایمان طبیعی را کاست و بدین وسیله مادران را تشویق به زایمان طبیعی کرد.

References

- James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High risk pregnancy: management options-expert consult. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2010.
- Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmodi M. Evaluation of cesarean section and its influencing factors in maternity hospitals in Tehran. Payesh. 2002;1(3):1-6. (Persian).
- Stanton CK, Holtz SA. Levels and trends in cesarean birth in the developing world. Stud fam plann. 2006;37(1):41-48.
- Petrou S, Henderson J, Glazener C. Economic aspects of caesarean section and alternative modes of delivery. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2001;15(1):145-163.
- Services DoHaH. New Report Shows Teen Births Drop To Lowest Level Ever. Press Release. 2007 Nov 21.
- Azizi M, Salari P. Ethical approach in cesarean delivery by maternal request. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2009;2(2):55-66. (Persian).
- Karlström A, Engström-Olofsson R, Nystedt A, Thomas J, Hildingsson I. Swedish caregivers' attitudes towards caesarean section on maternal request. Women Birth. 2009; 22(2):57-63.
- TorkZahrani S. Commentary: childbirth education in Iran. J perinat educat. 2008;17(3):51-54.
- Hashemi H. The reasons for the 70% incidence of cesarean delivery than normal vaginal delivery. 2014 [updated Jun 2014; cited 2014 Jun]. Available from: <http://aftabnews.ir/fa/news/245710>.
- Aarabi M. 70% of deliveries in Mazandaran performed by cesarean. 2014 [updated May 2014; cited 2014 May]. Available from: <http://www.aryanews.com/News.aspx?code=20140520184534848&svc=77>.
- D'Alton ME, Aronson MP, Birnback DJ, Bracken MB, Dawood MY, Henderson WG, et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement-Cesarean Delivery on Maternal Request-March 27-29, 2006. Lippincott Williams & Wilkin: Philadelphia; 2006.

12. Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, DeVoto E, et al. Cesarean delivery on maternal request: obstetrician-gynecologists' knowledge, perception, and practice patterns. *Obstet Gynecol.* 2007; 109(1):57-66.
13. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstet Gynecol Surv.* 2004; 59(8):601-616.
14. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG.* 2002; 109(6):618-623.
15. Caughey A. Elective cesarean delivery: when is it justified?. *J Perinatol.* 2006; 26(1):1-2.
16. Vallerand RJ, Deshaies P, Cuerrier J-P, Pelletier LG, Mongeau C. Ajzen and Fishbein's theory of reasoned action as applied to moral behavior: A confirmatory analysis. *Journal of personality and social psychology.* 1992;62(1):98-109.
17. Adib Haj Bagheri M, salsali M, Ahmadi F. Clinical Decision-Making: a Way to Professional Empowerment in Nursing. *Iranian Journal of Medical Education.* 2003; 3(2):3-13.
18. Moore ML. Increasing cesarean birth rates: a clash of cultures?. *J perinat Edu.* 2005; 14(4):5-8.
19. Farr SL, Jamieson DJ, Rivera HV, Ahmed Y, Heilig CM. Risk factors for cesarean delivery among Puerto Rican women. *Obstet Gynecol.* 2007;109(6):1351-1357.
20. Movahed M, Enayat H, Ghaffarinasab E, Alborzi S, Mozafari R. Related Factors to Choose Cesarean Rather than Normal Delivery among Shirazian Pregnant Women. *Journal of Fasa University of Medical Sciences.* 2012;2(2):78-83.
21. Danforth DN, Gibbs RS. *Danforth's obstetrics and gynecology.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
22. Aziken M, Omo-Aghoja L, Okonofua F. Perceptions and attitudes of pregnant women towards caesarean section in urban Nigeria. *Acta obstet Gynecol Scand.* 2007; 86(1):42-47.
23. Black C, Kaye JA, Jick H. Cesarean delivery in the United Kingdom: time trends in the general practice research database. *Obstet Gynecol.* 2005;106(1):151-155.
24. Kasai KE, Nomura RM, Benute GR, de Lucia M, Zugaib M. Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery.* 2010;26(3):319-326.
25. Gamble JA, Creedy DK. Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth.* 2001;28(2):101-110.
26. McGrath P, Phillips E, Vaughan G. Vaginal birth after Caesarean risk decision-making: Australian findings on the mothers' perspective. *Int J nurs pract.* 2010; 16(3):274-281.
27. Kabakian-Khasholian T, Campbell O, Shediak-Rizkallah M, Ghorayeb F. Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity?. *Soc Sci Med.* 2000;51(1):103-113.
28. Martin E. *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction.* Boston: Beacon Press; 2001.
29. Anderson GM, Lomas J. Explaining variations in cesarean section rates: patients, facilities or policies? *Can Med Assoc J.* 1985;132(3):253-256.

30. Freedman LP. Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy. *Int J Gynecol Obstet*. 2001; 75(1): 51-60.
31. Grove SK , Burns N. The practice of nursing research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. 6th ed. Philadelphia: synthesis, and generation of evidence: Saunders; 2008.
32. Zakerihamidi M, Latifnejad Roudsari R, Merghati Khoei E, A K. Decision making for vaginal delivery in the North of Iran: a focused ethnography. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014; Forthcoming 2015.
33. Latifnejad Roudsari R, Zakerihamidi M, Merghati Khoei E, A K. Cultural perceptions and preferences of Iranian women regarding cesarean delivery. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014;Forthcoming 2015.
34. Zakerihamidi M. Exploring the cultural patterns of decision making on mode of delivery from Iranian women's perspective: development and testing a culture-based decision making tool [PhD thesis]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2014.
35. Jamshidi Evanaki F, Khakbazan Z ,Babaei G, Seyed Noori T. Reasons of choosing Cesarean section as the delivery method by the pregnant women referred to healthtreatment centers in Rasht. *Hayat*. 2004;10(3):50-60.(Perian).
36. Atghaee M, Nouhi E. The effect of imagination of the pain of vaginal delivery and cesarean section on the selection of normal vaginal delivery in pregnant women attending clinics in Kerman University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012; 14(7): 44-50.
37. Sharifirad G, Fathi Z, Tirani M, Mehaki B. Assessing of pregnant women toward vaginal delivery and cesarean section based on behavioral intention model. *Ilam University of Medical Science*. 2007; 15(1):19-23.(Persian).
38. Ahmad-Nia S, Delavar B, Eini-Zinab H, Kazemipour S, Mehryar A, Naghavi M. Caesarean section in the Islamic Republic of Iran: prevalence and some sociodemographic correlates. *East Mediterr Health J*. 2009;15(6):1389-1398
39. Henderson C, MacDonald S. Mayes midwifery: Baillière Tindall; 2004.
40. Ostovar R, Rashidian A, Pourreza A, Rashidi BH, Hantooshzadeh S, Ardebili HE, et al. Developing criteria for cesarean section using the RAND appropriateness method. *BMC pregnancy childbirth*. 2010;10(1):52.
41. Faramarzi M, Pasha H, Bakhtiari A. Knowledge and attitudes of women toward natural childbirth. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2001; 3(4):39-42.
42. Hofberg K, Ward M. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate medical journal*. 2003;79(935):505-10.
43. Hajian S, Vakilian K, Shariati M, Ajami ME. Attitude of pregnant women, midwives, obstetricians and anesthesiologists toward mode of delivery: a qualitative study Payesh. 2011;10(10):39-48.(Persian).
44. Huber US, Sandall J. A qualitative exploration of the creation of calm in a continuity of carer model of maternity care in London. *Midwifery*. 2009;25(6):613-621.
45. Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth

- during pregnancy predict emergency caesarean section?. BJOG. 2002;109(11):1213-1221.
46. Jamshidi Manesh M, Oskouie SF, Jouybary L, Sanagoo A. The process of women's decision making for selection of cesarean delivery. Iran Journal of Nursing. 2009; 21(56): 55-67.(Persian).
 47. Bagheri A, Masoudi Alavi N, Abbaszadeh F. Iranian obstetricians' views about the factors that influence pregnant women's choice of delivery method: A qualitative study. Women and Birth. 2013;26(1):e45-e49.
 48. Ahmad SHirvani M, Bagheri-Nesami M, Tayebi T. Exploration of women birth experiences role in deciding the type of next delivery. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2014;12(4):286-296.(Persian).
 49. Ryding E, Wijma K, Wijma B. Emergency cesarean section: 25 women's experiences. Journal of reproductive and infant psychology. 2000;18(1):33-39.