

باور زنان با سابقه سزارین قبلی در زمینه زایمان طبیعی پس از سزارین: مطالعه کیفی

دکتر رقیه بایرامی^۱، دکتر رکسانا جان قربان^{۲*}

۱. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
۲. دانشیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات بیماری‌های مادر و جنین، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۰۷

خلاصه

مقدمه: زایمان طبیعی برای اکثر زنانی که سزارین قبلی با برش عرضی داشته‌اند، یک روش زایمانی ایمن محسوب می‌شود. با این حال اکثر زنان که سزارین قبلی داشته‌اند، به‌ندرت زایمان طبیعی را انتخاب می‌کنند. مطالعه حاضر با هدف تبیین باور زنان با سابقه سزارین قبلی در زمینه زایمان طبیعی پس از سزارین، به‌منظور ارائه برخی پیشنهادات در مورد مداخلات آتی جهت افزایش زایمان طبیعی انجام شد.

روش کار: این مطالعه کیفی با چارچوب تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده از فروردین تا اسفند ماه ۱۳۹۷ در بیمارستان‌های دولتی ارومیه انجام یافت. داده‌ها با انجام ۲۴ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق انفرادی جمع‌آوری شد. مشارکت‌کنندگان از طریق نمونه‌گیری مبتنی بر هدف تا رسیدن به اشباع اطلاعات از بین زنان باردار و زایمان کرده با سابقه سزارین انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌روش تحلیل محتوای کیفی از نوع هدایت شده با نرم‌افزار MAXqda (نسخه ۱۰) انجام شد.

یافته‌ها: از تحلیل داده‌ها، سه درون‌مایه "نگرش نسبت به زایمان طبیعی پس از سزارین" (زایمان طبیعی روشی سریع و مقرون به‌صرفه، احساس خطر از آسیب مادری-جنینی)، "باورهای هنجاری نسبت به زایمان طبیعی پس از سزارین" (تأکید افراد مهم برای انجام زایمان طبیعی پس از سزارین، برداشت زنان در مورد زایمان طبیعی پس از سزارین در اجتماع) و "باورهای کنترلی نسبت به زایمان طبیعی پس از سزارین" (موانع و تسهیل‌کننده‌های فردی و اجتماعی) حاصل شد.

نتیجه‌گیری: نگرش، هنجارهای انتزاعی و باورهای کنترلی زنان در انتخاب زایمان طبیعی پس از سزارین تأثیر دارد. آموزش‌های مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده می‌تواند با هدف گسترش زایمان طبیعی پس از سزارین مورد توجه قرار گیرد.

کلمات کلیدی: تئوری روان‌شناختی، رفتار، زایمان واژینال پس از سزارین، مطالعه کیفی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر رکسانا جان قربان؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. تلفن: ۰۷۱-۳۶۴۷۴۲۵۴؛ پست الکترونیک: roksana542002@yahoo.com

ترجیح می‌دهند (۱۱، ۱۲). هر چند ایمنی زایمان سزارین دلیل عام و مشترک برای درخواست مادران برای سزارین است، ولی شواهد، یافته‌های متناقضی در رابطه با خطرات مادری و نوزادی ارثه داده است؛ به طوری که زایمان سزارین با میزان بالایی از عفونت و اقامت در بیمارستان و ترانسفوزیون خون همراه بوده و مشکلات تنفسی در نوزاد در مقایسه با زایمان واژینال بیشتر بوده است (۹، ۱۳، ۱۴).

دلایل مختلفی از جمله توصیه متخصصین زنان و زایمان، موارد قانونی و ترجیح مادر برای نوع زایمان در انتخاب روش زایمان دخالت دارد (۱۵). در مطالعات انجام گرفته موانع انجام VBAC در سیستم بهداشت و درمان و همچنین از دیدگاه پزشکان، ماماها و زنان مورد بررسی قرار گرفته است (۱۶، ۱۷). در مطالعه فیروزی و همکاران (۲۰۲۰) از جمله موانع موجود برای انجام VBAC، ترس و نگرش منفی ارائه‌دهندگان خدمت و زنان باردار گزارش شد (۱۶). البته برای انجام رفتار باید قادر بود رفتار را تحت شرایط تعریف شده‌ای پیش‌بینی نموده و عوامل مؤثر بر آن مانند باور، آگاهی، دانش، نگرش، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و کمبود منابع را تعیین کرد. مطالعات متعدد از جمله مطالعه کیفی لطیف‌نژاد رودسری و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که باور و فرهنگ زنان، انتخاب روش زایمان را در زنان باردار پیش‌بینی می‌کند (۱۸).

در این راستا هدف تئوری‌ها مشخص نمودن و کمک به درک عوامل مؤثر بر رفتارهای گوناگون و تعیین نحوه عملکرد این عوامل است. همچنین پیشنهاداتی را در زمینه چگونگی تأثیر بر اهداف برنامه، طبیعت رفتار، خصوصیات و توانایی‌های آموزش‌گیرنده به ما ارائه می‌دهند. به عبارت دیگر تئوری‌ها ابزار ارزشمندی برای حل انواع وسیعی از مشکلات را فراهم می‌کنند (۱۹). در نهایت با پیش‌بینی این عوامل دخیل در رفتار می‌توان مداخلات لازم را در جهت کمک به تصمیم‌گیری زنان باردار در انتخاب روش زایمانی به کار گرفت. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تبیین باور زنان با سابقه سزارین قبلی در زمینه زایمان طبیعی پس از سزارین بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده انجام

مقدمه

سزارین تکراری، نسبت قابل توجهی از میزان بالای سزارین را در کشورهای توسعه یافته تشکیل می‌دهد (۳-۱). زایمان واژینال پس از سزارین (VBAC)^۱، روش زایمانی ایمن برای اکثر زنان با سابقه سزارین است، ولی با این وجود میزان آن در اکثر کشورهای جهان پایین است. میزان VBAC در استرالیا ۱۴٪ و در ایالات متحده آمریکا ۱۲٪ در سال ۲۰۱۶ گزارش شده است (۴، ۵). در ایران در نیمه اول سال ۱۳۹۸ میزان زایمان طبیعی بعد از سزارین کمتر از ۲٪ (۱/۷۳٪) گزارش شده است (۶).

یکی از اهداف سازمان جهانی بهداشت برای کاهش سزارین، کاهش میزان سزارین تکراری در زنان کم‌خطر می‌باشد؛ به طوری که برای سال ۲۰۲۰ هدف‌گذاری برای انجام VBAC رسیدن به میزان ۱۸/۳٪ می‌باشد (۷). کالچ زنان و مامایی آمریکا نیز دستورالعمل VBAC را برای زنان کم‌خطر منتشر و در سال ۲۰۱۷ برای تسهیل و دسترسی به VBAC، این دستورالعمل را بروزرسانی کرده است (۸). وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کشور نیز VBAC را در مواردی که اندیکاسیون داشته باشد، جایگزینی برای سزارین تکراری توصیه کرده است. VBAC در اکثر زنانی که سابقه یک‌بار سزارین در سگمان تحتانی رحم را تجربه کرده‌اند، با یا بدون سابقه قبلی زایمان واژینال توصیه می‌شود و اگر انتخاب بیمار دقیق بوده و زایمان تحت نظارت کافی صورت گیرد، اکثر زنانی که قبلاً سزارین شده‌اند، می‌توانند واژینال زایمان کنند (۹).

شواهد نیز نشان داده است که حداقل حدود ۴۵٪ زنان با سابقه سزارین برای انجام VBAC در زایمان‌های بعدی خود برنامه‌ریزی می‌کنند (۱۰). عوامل متعددی تصمیم‌گیری زنان را برای انتخاب روش زایمان تحت تأثیر قرار می‌دهد. شواهد نشان داده است "عقیده یک بار سزارین، سزارین برای همیشه" بین متخصصین زنان- زایمان رایج بوده و زنان با سابقه سزارین را برای انجام سزارین تکراری توصیه می‌کنند؛ بر این اساس زنان با سزارین قبلی، زایمان سزارین تکراری را بیشتر

¹ vaginal birth after cesarean

شد. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده یک تئوری شناختی اجتماعی برای تصمیم‌گیری می‌باشد که چارچوب مناسبی برای قصد و اتخاذ رفتار بهداشتی را تشکیل می‌دهد. این تئوری بیان می‌کند که نگرش به رفتار، هنجار انتزاعی و کنترل رفتار درک شده، سه سازه اصلی تعیین‌کننده تمایل به انجام رفتار می‌باشند و کنترل رفتار درک شده و قصد، تعیین‌کننده‌های انجام رفتار هستند (۱۹).

در حال حاضر شناخت کافی و عمیقی از عوامل تأثیرگذار بر تصمیم‌گیری زنان برای انتخاب شیوه زایمان پس از سزارین قبلی وجود ندارد و این در صورتی است که تحقیق کیفی به‌عنوان روشی مناسب جهت کشف ویژگی‌ها و چرایی و چگونگی یک پدیده به‌طور عمیق‌تری نسبت به روش‌های کمی نظر می‌دهند (۲۰). از طرف دیگر تحلیل محتوای کیفی به‌عنوان یک روش مطالعه کیفی برای آشکار ساختن رفتار، دیدگاه، احساسات و تجارب مردم و آنچه در متن زندگی آنها قرار دارد، استفاده می‌شود و هدف آن ارائه دانش و فهم پدیده مورد مطالعه است (۲۱). بنابراین امید است تا از نتایج مطالعه کیفی حاضر بتوان در سیاست‌گذاری، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای پیرامون VBAC برای زنان جامعه ایران استفاده کرد.

روش کار

مطالعه حاضر با رویکرد تحلیل محتوای کیفی هدایت شده از فروردین تا اسفند سال ۱۳۹۷ در بیمارستان‌های دولتی شهر ارومیه انجام گرفت. تحلیل محتوای هدایت‌شده، رویکردی سلسله‌مراتبی می‌باشد که برای طبقه‌بندی و سازمان‌دهی داده‌ها بر اساس درون‌مایه‌های اصلی و طبقات ظهور یافته، مورد استفاده قرار می‌گیرد. از آنجایی که هدف از پژوهش‌های کاربردی، پیدا کردن راهکار برای حل مشکلات در کوتاه‌مدت است، به کارگیری رویکرد هدایت شده می‌تواند مفید واقع شود. رویکرد هدایت شده برای توضیح بیشتر تئوری یا تحقیق ناقص از قبل موجود درباره پدیده مورد نظر به‌کار می‌رود که در این

مطالعه از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده به‌عنوان ساختار تئوریک استفاده شد. هدف از آنالیز محتوا با رویکرد هدایت شده، معتبر کردن یا توسعه مفهومی یک چارچوب تئوریک یا تئوری می‌باشد (۲۲). مشارکت‌کنندگان این مطالعه زنان باردار و زنان زایمان کرده با سابقه سزارین بودند که برش سزارین روی رحم عرضی بوده و اندیکاسیون سزارین قبلی به‌دلیل تنگی لگن نبوده و متمایل به شرکت در مصاحبه بودند. معیارهای خروج از مطالعه نیز انصراف مشارکت‌کننده در هر مرحله از پژوهش از همکاری و شرکت در مصاحبه بود. روش نمونه‌گیری به‌صورت مبتنی بر هدف بوده و نمونه‌گیری با حداکثر تنوع و دامنه تغییرپذیری از نظر سن، میزان تحصیلات، باردار بودن و پس از زایمان (سزارین و VBAC) صورت گرفت که می‌توانست به انتقال‌پذیری یافته‌ها کمک بیشتری کند. در این مطالعه، مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با ۲۴ نفر از زنان (۸ زن باردار با سابقه سزارین در مرحله تصمیم‌گیری برای روش زایمان، ۶ نفر از مادران که تحت عمل سزارین تکراری قرار گرفته بودند و ۱۰ نفر با VBAC در مرحله پس از زایمان) انجام یافت. مشارکت‌کنندگان بر اساس معیارهای ورود به مطالعه از بین زنانی که غنی از اطلاعات بوده و توانایی برقراری ارتباط و تمایل به بیان خود داشتند، انتخاب شدند. نمونه‌گیری تا اشیاع داده‌ها ادامه یافت؛ به گونه‌ای که داده جدیدی از مصاحبه‌ها به‌دست نیامد و داده‌ها فقط تکرار داده‌های جمع‌آوری شده قبلی بودند. در صورت موافقت زنان برای شرکت در مصاحبه، در مورد زمان و مکان انجام مصاحبه هماهنگی لازم انجام می‌گرفت. مصاحبه‌ها در بیمارستان و در اتاق خلوت انجام گرفت. در زمان مصاحبه، محقق ضمن معرفی خود و توجیه افراد در مورد اهداف طرح و اخذ رضایت آگاهانه در خصوص امکان ضبط مصاحبه آنان و اطمینان از محرمانه بودن تمام مطالب ذکر شده، با پرسش اطلاعات فردی و ایجاد رابطه مناسب و جلب اعتماد، شرایط را برای انجام مصاحبه فراهم می‌کرد. ابتدا برای مشارکت‌کنندگان هدف از انجام مطالعه، علت انتخاب آنها برای تحقیق، نقش آنها در مطالعه، فواید شرکت

تحلیل محتوای هدایت شده دارای سه مرحله آماده‌سازی، سازمان‌دهی و گزارش‌دهی است (۲۴). در فاز اول تحلیل محتوای کیفی هدایت شده که فاز آماده‌سازی است، ابتدا واحد تحلیل انتخاب می‌شد. در مطالعه حاضر محتوای هر مصاحبه به‌عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شد. سپس تلاش جهت درک داده‌ها و غرق شدن در آن صورت می‌گرفت. به این منظور بارها متن مصاحبه خوانده می‌شد تا در طی آن پژوهشگر با دست‌نوشته‌های حاصل از مصاحبه آشنا شده و دیدگاه کلی نسبت به آنها پیدا کند. در طی این فرآیند محقق از ایده‌های کلیدی و درون‌مایه‌های تکرار شونده آگاهی یافته و آنها را یادداشت می‌کرد؛ به‌عبارت‌دیگر پژوهشگر با بازخوانی مکرر داده‌ها و خواندن داده‌ها به‌صورت فعال (همراه با جستجوی معانی و الگوها) در داده‌ها در اطلاعات غوطه‌ور می‌شد. خواندن و بازخوانی مصاحبه‌ها تا جایی که لازم بود ادامه می‌یافت. در مرحله سازماندهی، محقق مفادی از متن که مربوط به سازه‌های نگرش، هنجار انتزاعی و کنترل رفتار درک شده بود را برجسته می‌کرد. سپس کدگذاری بخش‌های برجسته را انجام می‌داد. جمع‌آوری کدهای مشابه در کنار هم، زمینه ایجاد زیرطبقات را فراهم نمود. در انتخاب طبقات دو بعد همگرایی و واگرایی همزمان مدنظر محقق قرار گرفت؛ یعنی عناصر داخلی هر طبقه، از شباهت معناداری برخوردار بوده و میان دو طبقه مجزا تفاوت‌های قابل درکی وجود داشت. در مراحل بعدی تحقیق این مقولات نیز با یکدیگر مقایسه شدند و تعدادی از آنها که نزدیکی بیشتری داشتند، زیرمجموعه سازه‌های تئوری قرار گرفتند. در بخش گزارش‌دهی، یافته‌های برخاسته از متن، ارائه و تفسیر شدند. یافته‌های حاصل از تحلیل محتوای هدایت‌شده می‌تواند شواهدی مبنی بر حمایت یا عدم حمایت از تئوری را ارائه دهد. این شواهد با مثال و شواهد توصیفی ارائه گردید.

در این مطالعه جهت تأیید صحت یافته‌ها، از معیارهای بیان شده توسط لینکلن و گوبا (اعتبار یا مقبولیت، قابلیت اعتماد یا همسان‌بودن، انتقال‌پذیری و تأییدپذیری) استفاده شد (۲۵). برای اطمینان از اعتبار

آنها در تحقیق، محرمانه ماندن اطلاعات، حق آنها برای شرکت یا عدم شرکت در تحقیق و چگونگی تماس با محقق توضیح داده می‌شد و در صورت موافقت مشارکت‌کننده برای شرکت در پژوهش، از آنها رضایت کتبی آگاهانه اخذ می‌گردید.

جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته استفاده شد. این نوع مصاحبه به‌دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق بودن، در پژوهش‌های کیفی مناسب است (۲۳). سؤالات مصاحبه‌ها بر اساس سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده «به‌نظر شما مزایا و معایب زایمان طبیعی پس از سزارین چیست؟ چه کسانی روی انتخاب روش زایمانی شما تأثیر داشته‌اند؟ چه موانعی برای انجام زایمان طبیعی پس از سزارین می‌بینید؟» بود. سؤالات بعدی با توجه به توصیف‌های ارائه شده توسط شرکت‌کنندگان و به‌منظور عمق بخشیدن به آنها پرسیده می‌شد.

پرسش‌های زیر نمونه‌ای از این گونه سؤالات بودند: "ممکن است در این مورد توضیح بیشتری بدهید؟" "یعنی چه و چرا؟". در این مطالعه حالات چهره و اشارات غیرکلامی از سوی مشارکت‌کنندگان مورد توجه قرار می‌گرفت. در پایان مصاحبه از مشارکت‌کننده خواسته می‌شد تا اگر حرف نگفته‌ای دارد، بیان نماید و در نهایت پس از تشکر و قدردانی از مشارکت‌کننده در خصوص احتمال انجام مصاحبه‌های بعدی نیز صحبت می‌شد. طول مدت هر مصاحبه به‌طور متوسط ۴۵ دقیقه (۶۰-۳۰ دقیقه) بود. مصاحبه‌ها، ضبط و در اولین فرصت روی کاغذ پیاده می‌شد. در این مطالعه تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری داده با نرم‌افزار MAXqda (نسخه ۱۰) و با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی هدایت شده با روش الو و همکار (۲۰۰۸) صورت می‌گرفت (۲۴). هدف تحلیل محتوای هدایت شده، اعتباربخشی و یا احتمالاً توسعه ضمنی یک چارچوب مفهومی یا تئوری قبلی می‌باشد. تئوری مورد انتخاب در این نوع مطالعه می‌تواند به تمرکز سؤال پژوهش کمک نماید. از طرفی، تئوری می‌تواند پیرامون پیش‌بینی متغیرهای جالب و یا روابط بین متغیرها کمک کند.

رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، حفظ حریم خصوصی و محرمانه ماندن اطلاعات آنان در این مطالعه رعایت شده است. قبل از انجام هر مصاحبه به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که آنها می‌توانند در هر زمان که مایل باشند از مطالعه خارج شوند، بدون آنکه به روند مراقبت آنها خدشه‌ای وارد گردد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌روش تحلیل محتوای کیفی از نوع هدایت شده با نرم‌افزار MAXqda (نسخه ۱۰) انجام شد.

یافته‌ها

محدوده سنی زنان شرکت‌کننده در پژوهش بین ۳۶- ۲۵ سال و میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان از راهنمایی تا فوق لیسانس بود (جدول ۱). بر اساس تحلیل داده‌ها، ابتدا ۱۹۴ کد استخراج شد که پس از انجام مقایسه و ادغام کدهای مشابه، در نهایت ۱۳۰ کد، ۱۵ زیرطبقه، ۶ طبقه و ۳ درون‌مایه حاصل شد (جدول ۲).

یافته‌ها، از روش چک کردن یافته‌ها توسط شرکت‌کنندگان، روش درگیری دائمی و مستمر با موضوع پژوهش استفاده گردید. برای تأمین قابلیت تأییدپذیری یا عینیت از روش بازنگری ناظرین استفاده گردید. برای تأمین قابلیت انتقال در این مطالعه سعی شد از تنوع مشارکت‌کنندگان از نظر سن، میزان تحصیلات، دوره بارداری و پس از زایمان استفاده شود. به‌منظور تأمین انتقال‌پذیری تحقیق، نتایج به افرادی که در تحقیق شرکت نداشتند، ارائه گردید تا درباره وجود تشابه بین نتایج پژوهش و تجارب خود قضاوت نمایند. جهت حصول تأییدپذیری، متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده، چگونگی شکل‌گیری طبقات و درونمایه ارائه گردید تا ناظرین خارجی و افرادی که در تحقیق شرکت نداشتند، قادر باشند تأییدپذیری داده‌ها را بررسی نمایند (۲۵). مطالعه حاضر در کمیته منطقه‌ای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد In.umsu.rec۱۳۹۶.۲۳۷ مورد تأیید قرار گرفت و تمام ملاحظات اخلاقی مانند اخذ

جدول ۱- مشخصات زنان شرکت‌کننده در پژوهش

شماره مشارکت‌کننده	سن	تعداد بارداری	تحصیلات	شغل	باردار/ روش زایمان
۱	۲۷	۲	دیپلم	خانه‌دار	VBAC
۲	۳۰	۲	دیپلم	کارمند	سزارین
۳	۲۶	۲	دبیرستان	خانه‌دار	VBAC
۴	۳۱	۲	راهنمایی	خانه‌دار	VBAC
۵	۲۵	۲	دیپلم	خانه‌دار	VBAC
۶	۲۹	۲	دبیرستان	خانه‌دار	VBAC
۷	۳۵	۲	دبیرستان	خانه‌دار	VBAC
۸	۳۰	۲	دانشگاهی	کارمند	سزارین
۹	۲۶	۲	دبیرستان	خانه‌دار	VBAC
۱۰	۳۱	۲	دبیرستان	خانه‌دار	VBAC
۱۱	۲۵	۲	راهنمایی	خانه‌دار	VBAC
۱۲	۲۹	۲	دیپلم	کارمند	سزارین
۱۳	۲۸	۲	دیپلم	خانه‌دار	VBAC
۱۴	۳۶	۳	دبیرستان	خانه‌دار	باردار
۱۵	۲۸	۲	دانشگاهی	کارمند	باردار
۱۶	۲۶	۲	دبیرستان	خانه‌دار	باردار
۱۷	۳۲	۲	دبیرستان	خانه‌دار	باردار
۱۸	۳۰	۲	راهنمایی	خانه‌دار	باردار
۱۹	۳۴	۲	دانشگاهی	شاغل	سزارین
۲۰	۳۵	۲	دانشگاهی	شاغل	سزارین
۲۱	۲۸	۲	دانشگاهی	شاغل	باردار

سزارین	خانه‌دار	دانشگاهی	۲	۳۶	۲۲
باردار	خانه‌دار	دبیرستان	۲	۳۳	۲۳
باردار	خانه‌دار	راهنمایی	۲	۲۸	۲۴

جدول ۲- درون‌مایه‌ها، طبقات و زیرطبقات استخراج شده از داده‌ها

زیرطبقات	طبقات	درون‌مایه‌ها
کسب تجربه مادری با زایمان طبیعی بهبودی سریع پس از VBAC هزینه پایین VBAC	زایمان واژینال روشی سریع و مقرون به صرفه	نگرش نسبت به زایمان طبیعی پس از سزارین
آسیب‌های مادری در VBAC آسیب‌های جنینی در VBAC	احساس خطر از آسیب مادری- جنینی	
توصیه کارکنان بهداشتی درمانی توصیه اعضای خانواده مشاهده هم‌تاها مطالعه در کتاب و مجلات	تأکید افراد مهم برای انجام VBAC برداشت زنان در مورد VBAC در اجتماع	باورهای هنجاری نسبت به زایمان طبیعی پس از سزارین
خودکارآمدی زایمانی باورهای مذهبی ترس از VBAC آگاهی ناکافی در مورد VBAC	موانع و تسهیل‌کننده‌های فردی برای VBAC	باورهای کنترلی نسبت به زایمان طبیعی پس از سزارین
حمایت خانوادگی فرهنگ جامعه	موانع و تسهیل‌کننده‌های اجتماعی برای انجام VBAC	

دبیرستان و خانه‌دار). مشارکت‌کننده دیگری گفت: "من در زایمان قبلی‌ام که سزارین بود بی‌هوش بودم، هیچی رو درک نکردم. این دفعه می‌خوام صدای اولین گریه بچه‌ام رو بشنوم" (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله، باردار، تحصیلات راهنمایی و خانه‌دار).

برخی از زنانی که تجربه هر دو زایمان سزارین و طبیعی را داشتند، دلیل انتخاب زایمان طبیعی در زایمان سوم را بهبود سریع پس از زایمان ذکر کرده بودند. یکی از مشارکت‌کنندگان که زایمان سومش بود، گفت: "در زایمان اولم پس از دو سه روز بعد زایمانم همه کارامو خودم انجام می‌دادم، ولی در بار دوم که به خاطر افت قلب بچه عمل شدم تا یک ماه مامانم پیشم بود و کمکم می‌کرد" (مشارکت‌کننده ۳۶ ساله، باردار، دبیرستان و خانه‌دار). مشارکت‌کننده دیگری گفت: "تازه مصیبت‌ها پس از عمل شروع می‌شه. راسته که گفته‌اند هر چیزی طبیعی‌اش خوبه" (مشارکت‌کننده ۲۹ ساله، VBAC، تحصیلات دبیرستان و خانه‌دار).

همچنین آنالیز مصاحبه‌ها نشان داد که هزینه بالای عمل جراحی چه از نظر مادی و چه صرف زمان برای

درون‌مایه نگرش نسبت به زایمان طبیعی پس از سزارین

از آنالیز مصاحبه‌ها چنین استنباط شد که اکثر زنان شرکت‌کننده ارزیابی‌های مثبت و منفی در مورد VBAC داشتند.

طبقه زایمان واژینال روشی سریع و مقرون به صرفه

اکثر زنان شرکت‌کننده در پژوهش معتقد بودند که با زایمان واژینال، تجربه مادر شدن به صورت واقعی کسب می‌شود. همچنین معتقد بودند که با زایمان واژینال، بهبودی سریع مادر اتفاق افتاده و نسبت به زایمان سزارین مقرون به صرفه است.

اکثریت مادرانی که VBAC انجام داده بودند، انگیزه خود را برای انجام زایمان طبیعی، درک احساس واقعی مادر شدن ذکر کرده بودند. یکی از مشارکت‌کنندگانی که زایمان اولش سزارین بود اظهار داشت: "درسته من زایمان قبلی‌ام سزارین بود، ولی معتقد بودم با دردهای طبیعی زایمان، حس مادر بودن بیشتری بهم دست خواهد داد" (مشارکت‌کننده ۳۲ ساله، باردار، تحصیلات

درون‌مایه باورهای هنجاری نسبت به زایمان طبیعی پس از سزارین

این درون‌مایه از ۲ طبقه هنجارهای تأکیدی و هنجارهای غیرتأکیدی برای VBAC تشکیل شده بود. در حقیقت زنان شرکت‌کننده در پژوهش تحت تأثیر اشخاص مختلفی در جامعه نظیر پزشک، کارکنان بهداشتی، اعضای خانواده و هم‌تایان برای انتخاب روش زایمان قرار گرفته بودند.

طبقه تأکید افراد مهم برای انجام VBAC

آنالیز مصاحبه‌ها نشان داد نفوذ یا فشار هنجارهای تأکیدی از جمله پزشکان و ماماها همچنین تأیید یا عدم تأیید آنها نقش مهمی در انتخاب روش زایمانی داشته است. تعدادی از مشارکت‌کنندگان علی‌رغم نداشتن کنتراندیکاسیونی برای زایمان طبیعی، با روش سزارین زایمان کرده بودند و دلیل آنرا توصیه پزشک ذکر کرده بودند. یکی از زنان گفته بود: "اگر پزشکم بگه که می‌تونم زایمان طبیعی انجام بدم، در این صورت زایمان طبیعی انجام خواهم داد" (مشارکت‌کننده ۳۲ ساله، باردار، تحصیلات دبیرستان و خانه‌دار). یکی دیگر از زنانی که VBAC انجام داده بود، اظهار داشت: "در آخرین ویزیت دکترم بهم گفت که می‌تونم زایمان طبیعی انجام بدم و بعد از مشورت با شوهرم رضایت دادم که زایمان طبیعی انجام بدم" (مشارکت‌کننده ۲۶ ساله، VBAC، تحصیلات دبیرستان و خانه‌دار). یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: "دکترم هیچ حرفی از اینکه من می‌تونم زایمان طبیعی انجام بدم نزنه بود و از همون اول گفته بود که باید سزارین بشم" (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله، باردار، دانشگاهی و شاغل).

برداشت زنان در مورد VBAC در اجتماع

آنالیز داده‌ها نشان داد که مشاهده موارد مشابه از زایمان سزارین و یا VBAC در انتخاب روش زایمانی مؤثر بوده است. یکی از مشارکت‌کنندگان که VBAC انجام داده بود، اظهار داشت: "من در مقاله‌ای در اینترنت خواندم که مادری که قبلاً سزارین شده، می‌تونه زایمان طبیعی بکنه" (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله، تعداد بارداری ۲، دیپلم و خانه‌دار). یا بر عکس مشارکت‌کننده دیگری گفت: "توی مطب دکترم که

انجام مراقبت‌ها، از جمله عوامل تأثیرگذار در انتخاب زایمان طبیعی بوده است. یکی از مشارکت‌کنندگان که از مناطق روستایی دورافتاده بود، اظهار داشت:

"زایمان اولم رو می‌خواستم طبیعی انجام بدم، ولی نشد. دکتر گفتند که باید عمل بشی. می‌دونید دیگه سزارین هزینه بیشتری داره و زایمان طبیعی رایگانه" (مشارکت‌کننده ۳۶ ساله، باردار، تحصیلات دبیرستان و خانه‌دار). همین مشارکت‌کننده در ادامه گفته بود: "فقط هزینه عمل که نیست، معطلی داره برای کنترل، وقت عمل برای ویزیت‌های بعد عمل" مشارکت‌کننده دیگری گفت: "فقط خود عمل که نیست، بعد عمل باید کنترل بشی، مسئله بخیه و ویزیت متخصص هم هست" (مشارکت‌کننده ۲۵ ساله، VBAC، تحصیلات راهنمایی و خانه‌دار).

احساس خطر از آسیب مادری - جنینی

آنالیز داده‌ها نشان داد برخی شرکت‌کنندگان معتقد بودند زایمان طبیعی در زنانی که سابقه سزارین دارند، باعث پارگی رحم و آسیب به جنین می‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: "به نظر من هر کی سزارین شده، باید تا آخر زایمان سزارین بشه، چون اگه طبیعی زایمان کنه، خطر پارگی رحم رو داره" (مشارکت‌کننده ۳۵ ساله، روش زایمانی سزارین، دانشگاهی و شاغل). عده‌ای از شرکت‌کنندگان نیز عدم تمایل به VBAC را معاینات مکرر در اتاق لیبر، اپی‌زیاتومی و شل شدن اندام‌های تناسلی عنوان کردند. یک از مشارکت‌کنندگان گفت: "دلیل اصلی که من زایمان طبیعی نمی‌خوام معاینات مکرره. به‌خصوص دانشجوها که هر ۵ دقیقه میان و معاینه می‌کنند" (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله، باردار، دانشگاهی و شاغل). عده‌ای از مشارکت‌کنندگان نیز معتقد بودند زایمان طبیعی باعث آسیب به جنین می‌شود؛ به‌طوری‌که یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشت: "این بچه‌ام پسره، می‌ترسم در زایمان مشکلی براش پیش بیاد، خفه بشه یا خدا نکرده اکسیژن به مغزش نرسه و عقب مانده بشه" (مشارکت‌کننده ۳۶ ساله، باردار، دبیرستانی و خانه‌دار).

برخی مشارکت‌کنندگان عدم آگاهی از امکان زایمان طبیعی پس از سزارین را دلیل انتخاب سزارین تکراری ذکر کرده بودند. یکی از مشارکت‌کنندگانی که سزارین تکراری شده بود، دلیل عدم انجام زایمان طبیعی را ناآگاهی و بی‌اطلاعی از امکان انجام زایمان طبیعی پس از سزارین ذکر کرده بود؛ به طوری که گفته بود: "من نمی‌دونستم که می‌شه بعد سزارین زایمان طبیعی انجام داد، اگه می‌دونستم از دکترم می‌خواستم که برای من زایمان طبیعی رو انجام بده" (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله، روش زایمانی سزارین، دیپلم و خانه‌دار).

موانع و تسهیل‌کننده‌های اجتماعی برای انجام VBAC

مشارکت‌کنندگان به موانع و تسهیل‌کننده‌های بیرونی برای انجام VBAC اشاره کرده بودند. برخی زنان باردار به نقش فرهنگ و جامعه در انتخاب روش زایمان در زنان اشاره کرده بودند؛ به طوری که یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشت: "حتی اگه من خودم بخوام زایمان طبیعی انجام بدم، ولی چون توی جامعه ما سزارین مد شده و یک کلاس اجتماعی به حساب میاد، شاید از این کار منصرف بشم" (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله، باردار، دانشگاهی و شاغل).

از جمله باورهای کنترل بیرونی در انتخاب VBAC، نقش حمایت اجتماعی از جمله حمایت کارکنان بهداشتی درمانی و خانواده بود. در حقیقت برقراری ارتباط مناسب کارکنان بهداشتی درمانی، حمایت عاطفی، راهنمایی و حمایت از زنان برای انجام VBAC از عواملی هستند که می‌تواند باعث ترغیب زنان واجد شرایط برای انجام VBAC شود. یکی از زنانی که VBAC انجام داده بود گفت: "من برای مراقبت هم به مطب متخصص می‌رفتم هم به مرکز بهداشت. یکی از ماماها بهم گفت که می‌تونم زایمان طبیعی هم انجام بدم و توصیه کرد که حتماً با دکترم در این مورد صحبت کنم و در صورتی که دکترم اجازه بده، زایمان طبیعی انجام بدم" (مشارکت‌کننده ۲۵ ساله، VBAC، تحصیلات راهنمایی و خانه‌دار).

منتظر ویزیت نشسته بودم، خانمی رو دیدم که بعد از سزارین، زایمان طبیعی انجام داده بود" (مشارکت‌کننده ۳۰ ساله، باردار، تحصیلات راهنمایی و خانه‌دار).

درون‌مایه باورهای کنترلی نسبت به زایمان طبیعی پس از سزارین

بر اساس آنالیز داده‌ها، از جمله باورهای کنترلی که در انجام VBAC تأثیر داشت، باورهای کنترلی درونی و بیرونی بود.

موانع و تسهیل‌کننده‌های فردی برای VBAC

بر اساس صحبت‌های مشارکت‌کنندگان، یکی از نشانه‌های باورهای کنترلی درونی، خودکارآمدی زایمانی بود. آنالیز داده‌ها نشان داد خودکارآمدی درک شده زنان، یکی از عوامل مؤثر بر انجام VBAC بود؛ به طوری که یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: "وقتی توی بیمارستان بهم گفتند که اگه بخوای می‌تونم زایمان طبیعی انجام بدم، منم چون فکر می‌کردم که می‌تونم زایمان انجام دهم، قبول کردم" (مشارکت‌کننده ۲۶ ساله، VBAC، دبیرستان و خانه‌دار).

یکی دیگر از مواردی که باعث می‌شد زنان زایمان طبیعی را قبول کنند، باورهای مذهبی بود. در واقع بیانات زنان شرکت‌کننده حاکی از آن بود که با وجود اینکه آنها استرس‌های زیادی را در زمینه انجام زایمان طبیعی تجربه می‌کردند، ولی اعتقادات مذهبی به‌عنوان نیرویی قوی‌تر و نوعی کنترل درونی، باعث تغییر نگرش نسبت به انجام VBAC عمل کرده بود. یکی از مشارکت‌کنندگان که اخیراً VBAC انجام داده بود، با اشاره به باورهای مذهبی گفت: "به نظرم درد کشیدن برای زایمان لذت بخشه. با هر بار درد کشیدن گناهان شسته می‌شه. راسته که می‌گن بهشت زیر پای مادران است" (مشارکت‌کننده ۲۵ ساله، VBAC، تحصیلات راهنمایی و خانه‌دار).

اکثر مشارکت‌کنندگان ترس از زایمان را عامل بازدارنده در انتخاب VBAC می‌دانستند؛ به طوری که یکی از زنان گفت: "درسته که دکترم بهم گفته بود من می‌تونم زایمان طبیعی انجام بدم، ولی به دلیل ترس از درد زایمان نخواستم" (مشارکت‌کننده ۲۸ ساله، روش زایمانی سزارین، دیپلم و خانه‌دار).

بحث

در مطالعه کیفی حاضر باور زنان با سابقه سزارین نسبت به VBAC بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده تبیین شد. یافته‌ها نشان داد نگرش نسبت به VBAC و پیامدهای آن، تسهیل‌کننده‌ها و موانع فردی و اجتماعی از جمله خودکارآمدی، ناآگاهی، ترس و حمایت اجتماعی و هنجارهای انتزاعی مانند متخصصین زنان و ماماها و همتاها بر تصمیم‌گیری در انتخاب روش زایمان مؤثر بودند.

اکثر زنان شرکت‌کننده در پژوهش به فواید زایمان طبیعی اذعان کرده بودند. آنها معتقد بودند که با زایمان واژینال، تجربه مادر شدن به صورت واقعی کسب می‌شود. همچنین معتقد بودند که با زایمان واژینال، بهبودی سریع مادر اتفاق افتاده و نسبت به زایمان سزارین مقرون به صرفه است. به نظر می‌رسد منافع درک شده می‌توانند در انتخاب روش زایمان مؤثر باشند. بر این اساس زنان باردار هنگامی روش زایمان طبیعی را انتخاب خواهند کرد که درک خوبی از منافع انجام زایمان طبیعی داشته باشند، احساس کنند که در صورت انجام میانگین نمره منافع درک شده در زنان گروه زایمان طبیعی بالاتر از زنان گروه زایمان سزارین بود (۲۶). همچنین خطر درک شده مادر از عوارض هر کدام از روش‌های زایمانی بر روی خود و نوزاد، می‌تواند بر انتخاب روش زایمان تأثیرگذار باشد.

در مطالعه حاضر از نرم‌های اجتماعی یعنی مهم‌ترین فرد برای اکثر مادران، پزشکان تأثیر مهمی در تصمیم‌گیری در انتخاب روش زایمان داشتند. علاوه بر این مشاهده‌های هم‌تایانی که با وجود داشتن سابقه سزارین توانسته بودند زایمان طبیعی انجام دهند، انگیزه زنان را برای انجام VBAC بالا برده بود. در تحقیقات مختلف از میان عوامل مربوط به هنجارهای انتزاعی، مهم‌ترین گزینه مؤثر بر تصمیم‌گیری زنان در خصوص روش زایمان، پزشک بود. یافته‌ها بیانگر آن است که نظر پزشک به عنوان مشاور اصلی بر تصمیم افراد نقش به‌سزایی دارد (۲۷). در مطالعه حاجی حسینی و همکار (۲۰۲۰) در مشهد، استفاده از روش‌های تصمیم‌گیری اشتراکی، آگاهی زنان را نسبت به روش‌های انتخابی

زایمان پس از سزارین قبلی افزایش و تعارض در تصمیم‌گیری را کاهش داده بود (۲۸). بنابراین در سیاست‌گذاری‌های کلان علاوه بر فاکتورهای فردی مانند نگرش و آگاهی زنان جامعه نسبت به VBAC، باید از نقش ارائه‌دهندگان خدمت به‌ویژه پزشکان متخصص زنان و زایمان و ماماها غافل نشد.

در مطالعه حاضر کنترل رفتاری درک شده به‌عنوان یک عامل تأثیرگذار در تصمیم‌گیری برای انتخاب روش زایمان در زنان با سابقه سزارین قبلی بود. کنترل رفتاری درک شده بیان می‌کند که تا چه اندازه یک فرد احساس می‌کند که انجام VBAC تحت کنترل اراده فرد قرار دارد. در مطالعه حاضر از مصادیق کنترل رفتاری درونی، خودکارآمدی برای زایمان بود. در واقع می‌توان گفت زنانی که خودکارآمدی پایین دارند؛ به توانایی خود در مقابله با دردهای زایمانی باور ندارند و توانایی تحمل دردهای زایمانی و انجام زایمان طبیعی، به دلیل اعتماد به نفس پایین، برایشان مشکل است. کنعانی و همکار (۲۰۱۴) در مطالعه خود ارتباط بین خودکارآمدی و انتخاب نوع زایمان را نشان دادند (۲۹). در مطالعه فیروزی و همکاران (۲۰۲۰) راحت‌طلبی زنان، عامل انتخاب سزارین در زنان با سابقه سزارین ذکر شد (۱۶).

با توجه به اینکه اکثریت زنان ایرانی (۹۸٪) مسلمان هستند، روحانیون می‌توانند نقش به‌سزایی در ترویج زایمان طبیعی داشته باشند. اگر ماماها بتوانند مراقبت‌های مبتنی بر شواهد یاد بگیرند و در مداخلات آموزشی برای زنان به‌کار گیرند، تا حدود زیادی می‌توانند بر انتخاب روش زایمان طبیعی پس از سزارین تأثیر مثبت داشته باشند؛ به طوری که در مطالعه وطن‌خواه (۲۰۱۷) آرام‌سازی به‌روش مراقبه همراه با ذکر، بر میزان کاهش اضطراب در زنان مؤثر بود و کاهش اضطراب در زنان نخست‌زا گروه آزمایش باعث کاهش انتخاب روش سزارین شده بود (۳۰).

در مطالعه حاضر اکثر زنان در مورد امکان انجام زایمان طبیعی پس از سزارین اطلاع نداشتند. آگاهی می‌تواند یکی دیگر از عوامل مؤثر در انتخاب نوع زایمان باشد. در افرادی که آگاهی بالایی دارند؛ احتمال انتخاب

اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی پرداخته است. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، تمایل به پنهان‌کاری و عدم بیان برخی از تجارب و احساسات از سوی زنان می‌باشد که ممکن است یافته‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. اگرچه مصاحبه‌کننده با تلاش بسیار سعی کرد با ارائه توضیحات و جلب اطمینان و اعتماد مشارکت‌کنندگان از محرمانه بودن مصاحبه‌ها، تا حدودی بر این مشکلات غلبه کند. از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر، عدم قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج به سایر مناطق کشور به دلیل تفاوت‌های فرهنگی است. پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه در سایر نقاط کشور نیز انجام شود. در پایان لازم است به این نکته اشاره شود که اتخاذ تصمیم افراد در ارتباط با قصد رفتاری و انجام رفتار به باورهای درک شده آنها ارتباط دارد. ممکن است زنان باردار باورهای صحیح و غلطی در ارتباط با VBAC داشته باشند که روی تصمیم‌گیری آنها تأثیر می‌گذارد. عدم پرداختن به قصد و رفتار زنان در مطالعه حاضر، از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها، باورهای زنان را نسبت به پیامدهای VBAC، باورهای هنجاری و موانع و تسهیل‌کننده‌های درک شده را برای انتخاب VBAC آشکار کرد. با توجه به اینکه بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، باور زنان باردار در تصمیم‌گیری آنها بسیار مؤثر است، لذا با توجه به یافته‌ها، هرگونه برنامه‌ریزی سیاست‌گذاران در سطح منطقه با هدف گسترش VBAC با تمرکز بر عوامل فردی مؤثر بر تصمیم‌گیری زنان باردار در رابطه با نوع زایمان (آگاهی، نگرش، هنجارهای اجتماعی و کنترل رفتار درک شده) می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد اخلاق 1396.237 IR.UMSU.REC می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و تمام مشارکت‌کنندگان در پژوهش که صبورانه در این مطالعه مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

زایمان طبیعی بیشتر از افراد دیگر است که با مطالعه حاجیان و همکاران (۲۰۱۵) و بیگلری‌فر و همکاران (۲۰۱۵) که اولین گام مؤثر جهت کاهش سزارین انتخابی را افزایش آگاهی زنان باردار در خصوص زایمان ایمن و مزایای زایمان طبیعی ذکر کردند، همخوانی داشت (۳۱، ۳۲). مطابق نظر این محققان، افزایش آگاهی و مهارت مادران طی بارداری در کوتاه‌مدت موجب افزایش اعتماد به نفس آنها شده و دانش آنها را در خصوص بارداری و تصمیم‌گیری‌های بعدی ارتقاء می‌بخشد و در بلندمدت باعث کاهش عوارض ناشی از تولد نوزاد کم وزن و اعمال این آگاهی‌ها و رفتارها در حاملگی‌های بعدی می‌شود.

در مطالعه حاضر ترس از زایمان، از جمله عوامل کنترل رفتاری درونی بود که بر انتخاب روش زایمانی مؤثر بود. در تحقیقات انجام شده در ایران بیش از ۶۰-۵۰٪ سزارین‌ها به دلایل غیرضروری و به درخواست زنان باردار انجام می‌شود که ترس از درد زایمان و عوارض زایمان طبیعی را دلایل اصلی روی آوردن به سزارین مطرح نمودند (۳۳، ۳۴). در مطالعه فیروزی و همکاران (۲۰۲۰) ترس از عوارض VBAC و همچنین ترس از پارگی رحم و مرگ جنین، از علل انتخاب سزارین تکراری در زنان باردار با سابقه سزارین قبلی بود (۱۶). همچنین چن و همکاران (۲۰۱۷) اصلی‌ترین عامل در انتخاب روش زایمان در زنان باردار با سابقه سزارین را پیش‌گیری از پیامدهای نامطلوب برای مادر و جنین بوده ذکر کردند (۳۵). در مطالعه حاضر مشارکت‌کنندگان به نیاز به حمایت اجتماعی گسترده به‌ویژه حمایت کارکنان بهداشتی درمانی در فرآیند انتخاب روش زایمانی و همچنین در حین فرآیند زایمانی اشاره کرده بودند. مشارکت‌کنندگان خواهان برقراری ارتباط مناسب با کارکنان پزشکی، همدلی، راهنمایی و دریافت اطلاعات مناسب مرتبط با روش زایمانی و سیر زایمانی خود بودند. نتایج در این راستا همسو با یافته‌های گمبل و همکاران (۲۰۰۷) بود (۳۶). از جمله نقاط قوت مطالعه حاضر این بود که بر اساس بررسی‌های متون، اولین مطالعه‌ای است که به تبیین باورهای زنان با سابقه سزارین نسبت به VBAC بر

1. AloHa W. Australia's mothers and babies 2015-in brief. Perinatal statistics series; 2017 (33).
2. Curtin SC, Gregory KD, Korst LM, Uddin SF. Maternal morbidity for vaginal and cesarean deliveries, according to previous cesarean history: new data from the birth certificate, 2013. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System 2015; 64(4):1-13.
3. Knight HE, Gurol-Urganci I, Van Der Meulen JH, Mahmood TA, Richmond DH, Dougall A, et al. Vaginal birth after caesarean section: a cohort study investigating factors associated with its uptake and success. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2014; 121(2):183-92.
4. AIHW: Australia's mothers and babies 2016-in brief. In.: Australian Insititue of Health and Welfare; 2018.
5. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ, Driscoll AK, Drake P. Births: Final Data for 2016. National Vital Statistics Reports 2018; 67.
6. Firoozi M, Tara F, Ahanchian MR, Roudsari RL. Clinician's and women's perceptions of individual barriers to vaginal birth after cesarean in Iran: A qualitative inquiry. Caspian Journal of Internal Medicine 2020; 11(3):259-66.
7. Little MO, Lyerly AD, Mitchell LM, Armstrong EM, Harris LH, Kula R, et al. Mode of Delivery: Toward Responsible Inclusion of Patient Preferences. Obstetric Anesthesia Digest 2009; 29(3):115-6.
8. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill; 2014.
9. Vaginal birth after cesarean. Tehran: Iran Ministry of Health and Medical Education; 2017. Available at: http://td.lums.ac.ir/parameters/lums/modules/cdk/upload/content/portal_content/File/darman/mamai/rahnama.pdf
10. Attanasio LB, Kozhimannil KB, Kjerulff KH. Women's preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean. Birth 2019; 46(1):51-60.
11. Chen SW, Hutchinson AM, Nagle C, Bucknall TK. Women's decision-making processes and the influences on their mode of birth following a previous caesarean section in Taiwan: a qualitative study. BMC pregnancy and childbirth 2018; 18(1):1-3.
12. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, et al. Women's preference for cesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Obstetric Anesthesia Digest 2012; 32(1):23-4.
13. Mirteymouri M, Ayati S, Pournali L, Mahmoodinia M, Mahmoodinia M. Evaluation of maternal-neonatal outcomes in vaginal birth after cesarean delivery referred to maternity of academic hospitals. Journal of family & reproductive health 2016; 10(4):206-10.
14. Lundgren I, Healy P, Carroll M, Begley C, Matteredne A, Gross MM, et al. Clinicians' views of factors of importance for improving the rate of VBAC (vaginal birth after caesarean section): a study from countries with low VBAC rates. BMC pregnancy and childbirth 2016; 16(1):1-0.
15. Shams M, Mousavizadeh A, Parhizkar S, Maleki M, Angha P. Development a tailored intervention to promote normal vaginal delivery among primigravida women: a formative research. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2016; 19(30):9-25.
16. Firoozi M, Tara F, Ahanchian MR, Roudsari RL. Health care system barriers to vaginal birth after cesarean section: a qualitative study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2020; 25(3):202-11.
17. Ogutu O, van Roosmalen J, Wanjala S, Lubano K, Kinuthia J. Trial of labour or elective repeat caesarean delivery: are women making an informed decision at Kenyatta national hospital?. BMC pregnancy and childbirth. 2017 Dec;17(1):1-8.
18. Roudsari RL, Zakerihamidi M, Khoei EM. Socio-cultural beliefs, values and traditions regarding women's preferred mode of birth in the North of Iran. International journal of community based nursing and midwifery 2015; 3(3):165-76.
19. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education: theory, research, and practice. John Wiley & Sons; 2008.
20. Creswell JW, Poht CN. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. 2nd ed. Sage publications; 2007.
21. Streubert H, Carpenter D. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
22. Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library; 2009.
23. Peters K, Halcomb E. Interviews in qualitative research. Nurse Researcher (2014+) 2015; 22(4):6.
24. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. Journal of advanced nursing 2008; 62(1):107-15.
25. Burns N, Grove SK. Understanding nursing research-eBook: Building an evidence-based practice. 5th ed. Elsevier Health Sciences; 2010.
26. Dadipoor S, Aghamolaei T, Ramezankhani A, Safari-Moradabadi A. Comparison of Health Belief Model Constructs Based on Birth Type among Primiparous Pregnant Women in Bandar Abbas, Iran. Journal of Education and Community Health 2017 ; 13(4):59-65.



27. Rahmati Najarkolaei F. Determinants of delivery type selection by using theory of planned behaviors (TPB). *Nursing And Midwifery Journal* 2015; 12(12):1062-70.
28. Hoseini Haji SZ, Firoozi M. Shared decision-making about birth after cesarean: review study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2020; 23(4):89-97.
29. Kanaani S, Allahverdipoor H. Self-efficacy in choosing the type of delivery and labor time in pregnant women referring to health centers in Parsabad. *Journal of Health Education* 2014; 1(2):37-69.
30. Rezavatankhah H. Determining The Effectiveness of Mantra Therapy on Measure of Delivering Anxiety in 1'st Pregnancy Women. *Police Medicine* 2017; 6(1):43-56.
31. Hajian S, Shariati M, Mirzaii Najmabadi K, Yunesian M, Ajami MI. Use of the extended parallel process model (EPPM) to predict Iranian women's intention for vaginal delivery. *Journal of Transcultural Nursing* 2015; 26(3):234-43.
32. 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(136):19-24.
33. Badiee S, Ravanshad Y, Azarfah A, Dastfan F, Babayi S, Mirzayi N. Survey of cesarean deliveries and their causes in hospitals affiliated to Mashhad university of medical sciences, Iran, 2011. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(66):10-7.
34. Wu E, Kaimal AJ, Houston K, Yee LM, Nakagawa S, Kuppermann M. Strength of preference for vaginal birth as a predictor of delivery mode among women who attempt a vaginal delivery. *American journal of obstetrics and gynecology* 2014; 210(5):440-e1.
35. Chen MM, McKellar L, Pincombe J. Influences on vaginal birth after caesarean section: a qualitative study of Taiwanese women. *Women and Birth* 2017; 30(2):e132-9.
36. Gamble J, Creedy DK, Teakle B. Women's expectations of maternity services: a community-based survey. *Women and Birth* 2007; 20(3):115-20.