

تصمیم‌گیری اشتراکی پیرامون نوع زایمان بعد از سزارین: مطالعه مروری

سیده زهرا حسینی حاجی^{۱*}، محبوبه فیروزی^۲

۱. کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۰۹

خلاصه

مقدمه: اگرچه زایمان طبیعی بعد از سزارین برای افراد واجد شرایط، جایگزین مناسب‌تری نسبت به سزارین تکراری می‌باشد؛ اما تصمیم‌گیری بین این دو گزینه، فرآیندی چالش‌برانگیز و مبتنی بر تصمیم مراقبین سلامت و مادران می‌باشد. مطالعات مرتبط با تصمیم‌گیری اشتراکی پیرامون انتخاب نوع زایمان پس از سزارین، با نتایج متناقضی همراه بودند، لذا مطالعه حاضر با هدف مروری بر تصمیم‌گیری اشتراکی پیرامون آگاهی، تعارض تصمیم‌گیری و انتخاب نوع زایمان بعد از سزارین انجام شد.

روش کار: در این مطالعه به منظور دسترسی به مقالات مرتبط، جستجو در پایگاه‌های داده انگلیسی google، PubMed، Scopus، web of science، Cochrane، up to date، scholar مطابق با MESH شامل vaginal birth after cesarean، shared decision making، decision aid، counseling و همچنین پایگاه‌های داده فارسی زبان SID، IranMed، magiran با استفاده از کلیدواژه‌های "زایمان واژینال پس از سزارین"، "تصمیم‌گیری اشتراکی"، "تصمیم‌یار" و "مشاوره" در بازه زمانی اکتبر ۲۰۱۸ تا جولای ۲۰۱۹ انجام شد. ارزیابی کیفیت مقالات با استفاده از چک لیست consort ۲۰۱۷ انجام شد.

یافته‌ها: از مجموع ۱۲۰ مقاله یافت شده در پایگاه‌های داده، ۴ مقاله بر طبق معیارهای ورود، وارد مطالعه شدند. در مطالعات مختلف، روش‌های تصمیم‌گیری اشتراکی، تأثیر متناقضی بر انتخاب زایمان طبیعی بعد از سزارین داشتند؛ اما بر آگاهی و تعارض تصمیم‌گیری تأثیر معناداری داشتند.

نتیجه‌گیری: استفاده از روش‌های تصمیم‌گیری اشتراکی، آگاهی زنان سزارین قبلی نسبت به انتخاب نوع زایمان را افزایش و تعارض تصمیم‌گیری را کاهش می‌دهد. از آنجایی که در مورد انتخاب زایمان طبیعی بعد از سزارین، نتایج متناقض می‌باشند، نیاز به مطالعات بیشتر در این خصوص وجود دارد.

کلمات کلیدی: تصمیم‌گیری اشتراکی، تصمیم‌یار، زایمان واژینال پس از سزارین، مشاوره

* نویسنده مسئول مکاتبات: سیده زهرا حسینی حاجی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۷۰۵۲۸۱
پست الکترونیک: hoseinihz951@mums.ac.ir

مقدمه

هر ساله حدود ۱/۳ میلیون زن در ایالات متحده آمریکا جراحی سزارین را تجربه می‌کنند (۱). ۴۸٪ تمام تولدها نیز در سال ۲۰۱۸ در ایران به روش سزارین صورت گرفتند (۲). در بین علل سزارین ثانویه، سزارین انتخابی تکراری (ERCS)^۱ به عنوان بیشترین عامل اثرگذار بر میزان سزارین تلقی می‌شود (۳).

طبق توصیه کالج متخصصین زنان و مامایی آمریکا، زنانی که واجد شرایط هستند، پیشنهاد به انجام زایمان واژینال پس از سزارین، به‌عنوان جایگزین مناسب‌تری برای سزارین تکراری (RCS)^۲ می‌شوند (۴). انجام زایمان واژینال پس از سزارین (VBAC)^۳، باعث کاهش عوارض مادری در بارداری فعلی و حاملگی‌های بعدی و در سطح ملی باعث کاهش آمار سزارین می‌شود (۵). زایمان طبیعی بعد از سزارین در مقایسه با سزارین تکراری با کاهش مواردی مانند مدت بستری در بیمارستان و عوارض بعد از زایمان، خطر مرگ‌ومیر مادری، هیستروکتومی و انتقال خون و برگشت سریع‌تر به فعالیت روزمره همراه است (۶-۸).

در انگلستان و آمریکا بین ۹۳-۶۰٪ زنانی که کارآزمایی لیبر پس از یک‌بار سزارین انجام می‌دهند، موفق به زایمان طبیعی می‌شوند. علی‌رغم موفقیت قابل قبول در انتخاب این جایگزین، سابقه سزارین، همچنان وضعیت دشوار تصمیم‌گیری برای زنان و پزشکان را ایجاد می‌کند که منجر به آمار پایین زایمان واژینال پس از سزارین در حاملگی‌های بعدی می‌شود. در واقع علی‌رغم شواهد روشن از ایمنی کارآزمایی لیبر پس از سزارین برای اکثریت زنان به‌عنوان یک جانشین سزارین تکراری و مدارک مبنی بر عواقب سزارین‌های تکراری، همچنان بلا تکلیفی تصمیم‌گیری وجود دارد (۱).

راه‌های ترویج زایمان طبیعی بعد از سزارین شامل آموزش با استفاده از بروشور، فیلم‌های ویدیویی، دیسک‌های کامپیوتری و کتابچه‌ها (۹، ۱۰) و تدوین پروتکل، گایدلاین و دستورالعمل (۱۱) و همچنین

استفاده از روش‌های تصمیم‌گیری اشتراکی می‌باشند. در سال‌های اخیر تأکید زیادی بر انتخاب زنان و درگیر نمودن آنان در تصمیم‌گیری برای نوع زایمان در دوران حاملگی و زایمان شده است. راهنمای عالی بالینی مؤسسه ملی برای سزارین که در سال ۲۰۰۴ منتشر شد، بیان کرد تصمیم در مورد نوع زایمان پس از سزارین باید ترجیحات مادر و الویت‌های او و همچنین خطرات تشریح شده را در برگیرد. در یک مطالعه ۶۰٪ زنانی که سزارین تکراری شده بودند، از گزینه‌های زایمانی جایگزین سزارین تکراری آگاه نبودند (۱۲).

تصمیم‌گیری زنان برای در نظر داشتن سزارین ممکن است در روند حاملگی شکل گیرد و با نرم‌های فرهنگی، ارتباطات خانوادگی، به تصویر کشیدن خطرات مرتبط با تصمیم توسط پزشکان و تعامل بین زن و مراقب بهداشتی او تحت تأثیر قرار می‌گیرد. به‌علاوه سازمان‌های حمایت‌گر که تنها حامی زایمان طبیعی هستند، اکنون اطلاعاتی را شامل تجربیات مختلف زایمان، که سزارین نیز جزء آنهاست، فراهم می‌کنند (۱۳).

کنفرانس ایجاد توافق مؤسسه ملی سلامت (۲۰۱۰)، به اهمیت حمایت از زنان در زایمان طبیعی پس از سزارین، به‌عنوان طرف مقابل تصمیم‌گیری پزشکان برای زایمان تأکید نموده است. این مسئله منجر به تغییر جهت‌دهی نوآورانه موضوع، با درگیر ساختن زنان به سمت تصمیم‌گیری مشارکتی و استفاده از تصمیم‌یارها برای کمک به پرسنل به‌عنوان کسانی که با زنان ارتباط برقرار می‌کنند، گردید.

تصمیم‌گیری مشارکتی فرآیندی است که در آن بیمار و پزشک اطلاعات را با یکدیگر مبادله می‌کنند و کمک می‌کنند تا به تصمیمی در عمل برسند. تصمیم‌گیری مشارکتی به‌ویژه زمانی که بهترین گزینه مشخص نیست و مواردی که تصمیم‌گیری پیچیده است و بار ارزشی دارد مانند زایمان واژینال پس از سزارین اهمیت دارد. باورهای زن و نگرش وی نه تنها انتخاب نوع زایمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه احتمالاً بر نتایج زایمان هم اثرگذار است (۱). مطالعات تأثیر روش‌های تصمیم‌گیری اشتراکی مبتنی بر مشارکت پرسنل کادر درمان و

¹ Elective Repeat Cesarean Section

² Repeat Cesarean Section

³ Vaginal Birth After Cesarean

decision, shared decision making, cesarean counseling, aid و همچنین پایگاه‌های داده فارسی زبان SID, IranMed, magiran با استفاده از کلیدواژه‌های "زایمان واژینال پس از سزارین"، "تصمیم‌گیری اشتراکی"، "تصمیم‌یار" و "مشاوره" در بازه زمانی اکتبر ۲۰۱۸ تا جولای ۲۰۱۹ انجام شد. بعد از جستجوی ترکیبی کلیدواژه‌ها با استفاده از عملگرهای بولین AND و OR، هیچ مقاله فارسی زبانی یافت نشد و تمامی مقالات انگلیسی زبان بودند.

استراتژی جستجو به‌وسیله طرح سؤالات بالینی بر اساس الگوی PICO بود که شامل: P(population): مادران باردار با سابقه یک بار سزارین قبلی، I(intervention): روش‌های تصمیم‌گیری اشتراکی، C(comparison): گروه کنترل و O(outcome): آگاهی، تعارض تصمیم‌گیری و انتخاب زایمان طبیعی بعد از سزارین می‌باشد. معیارهای ورود به مطالعه حاضر مطالعات کارآزمایی بالینی بود که با هدف تعیین تأثیر روش‌های تصمیم‌گیری اشتراکی بر آگاهی، تعارض تصمیم‌گیری و انتخاب زایمان واژینال پس از سزارین انجام شده بودند. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم دسترسی به متن کامل مقالات، مداخله مبتنی بر گایدلاین و پروتکل و رویکردهای آموزشی، مطالعات مروری، مطالعات کیفی و چکیده همایش‌ها بود.

برای تهیه لیست نهایی از مطالعات (تصویر ۱)، در جستجوی اولیه ۱۲۰ مقاله در بازه زمانی ۲۰۱۹-۲۰۰۰ بازیابی شد. در بررسی عنوان مقالات، بعد از حذف عناوین غیرمرتبط شامل: سابقه بیش از یک‌بار سزارین قبلی و حذف کارآزمایی‌هایی که شامل مداخلات مبتنی بر آموزش، پروتکل و دستورالعمل بودند، ۷۰ مقاله حذف شدند. سپس چکیده ۵۰ مقاله دیگر بررسی شد و ۴۰ مقاله که شامل مقالات مروری، مطالعات کیفی و مورد شاهی بودند، حذف شدند. بعد از مطالعه متن کامل مقالات، از ۱۰ مقاله باقی‌مانده، ۶ مقاله به‌علت عدم بررسی متغیرهای مطابق با اهداف مطالعه حاضر و یا عدم گزارش آن متغیرها، حذف و در نهایت ۴ مقاله در مرور باقی ماندند.

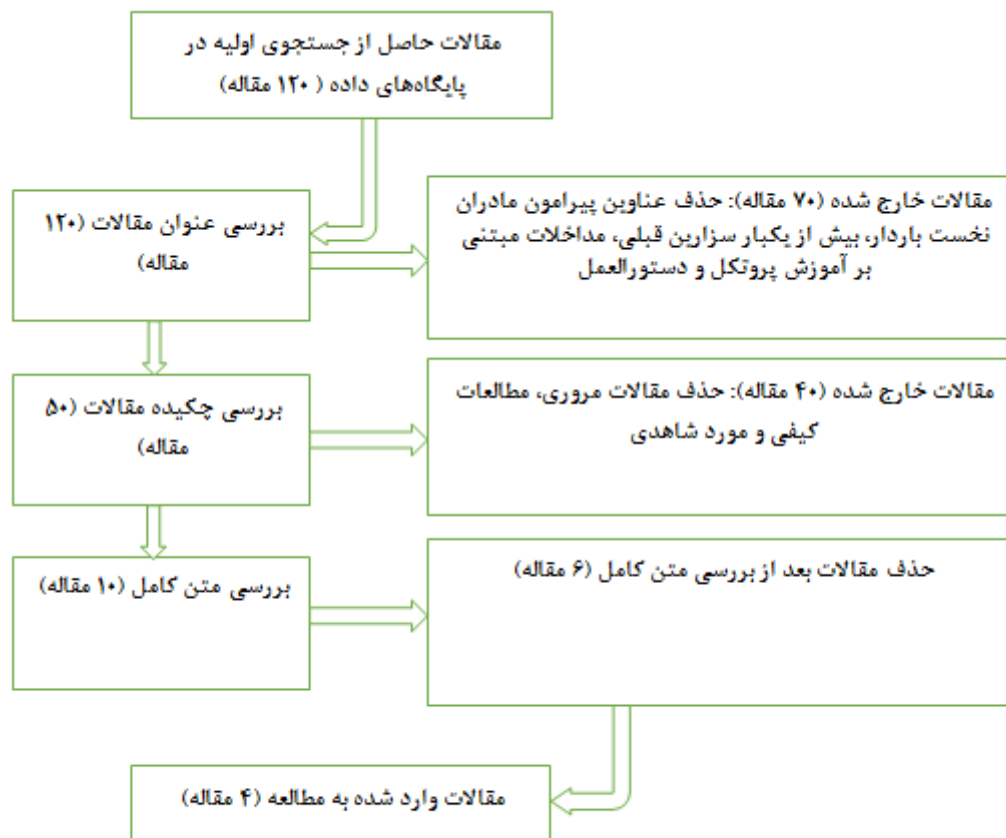
بیماران را در بسیاری از حیطه‌های بالینی گزارش کرده‌اند (۱۴).

یکی از راهکارهای تصمیم‌گیری مشارکتی، استفاده از روش‌های تصمیم‌یار است. تصمیم‌یارها موفقیت مواجهات بیمار و پزشک را با ایجاد رویکرد سیستماتیک برای تصمیم‌گیری و تقویت استقلال بیمار ارتقاء می‌دهند. کمک تصمیم‌ها شامل روش‌های آنالیز تصمیم‌های فردی می‌باشند که به افراد در انتخابشان بین راهکارهای مختلف درمانی، از طریق فراهم نمودن اطلاعات در مورد گزینه‌های انتخابی و نتایج مرتبط به سلامتی فرد، کمک می‌کنند (۱۳). ابزارهای تصمیم‌یار به توصیف گزینه‌های بهداشتی و مزایا و معایب و پیامدهای هر کدام می‌پردازد تا مراجعین بعد از ارزیابی سود و زیان هر کدام، بهترین گزینه را انتخاب نمایند و درک کنند که کدام پیامدها بیشترین اهمیت را دارند. همچنین به مراقبین سلامت در جهت ارائه اطلاعات مبتنی بر شواهد کمک می‌کند (۱۵). این ابزارها قادر به بررسی تعارض تصمیم‌گیری که شامل بیان عدم اطمینان در مورد یک اقدام خاص است، می‌باشند. مشاوره به‌عنوان روش دیگر تصمیم‌گیری مشارکتی، مراجعین را با انواع ایده‌ها آشنا می‌کند و در یک سناریوی بهداشتی، به ایجاد یک چارچوب ذهنی مثبت کمک می‌کند (۹). مطالعات دریافته‌اند که با فرآیند مشاوره، به کاهش اضطراب و سردرگمی تصمیم‌گیری در زنانی که مایلند در فرآیند تصمیم‌گیری مشارکت داشته باشند، کمک می‌شود (۱۶).

با توجه به اندک بودن تعداد مطالعات انجام شده در این حیطه و همچنین متناقض بودن نتایج برخی از این پژوهش‌ها، مطالعه حاضر با هدف مروری بر تصمیم‌گیری اشتراکی پیرامون آگاهی، تعارض تصمیم‌گیری و انتخاب نوع زایمان بعد از سزارین انجام شد.

روش کار

در این مطالعه به منظور دسترسی به مقالات مرتبط، جستجو در پایگاه‌های داده انگلیسی google scholar, web of science, Cochrane, up to date, PubMed, Scopus با استفاده از کلیدواژه‌های مطابق با MESH شامل vaginal birth after



شکل ۱- فلوجارت جستجوی مقالات

ارزیابی کیفیت مقالات:

در صورت عدم اشاره، نمره صفر به آن آیتم تعلق می‌گرفت. مجموع امتیاز حاصل از این چک‌لیست بین ۰-۴۴ بود. بر اساس امتیاز حاصل از چک‌لیست کانسورت، مطالعات به سه دسته با کیفیت بالا (نمره بیشتر از ۲۹/۳۴)، مطالعات با کیفیت متوسط (نمره بین ۲۹/۳۴-۱۴/۶۷) و مطالعات با کیفیت ضعیف (نمره کمتر از ۱۴/۶۷) تقسیم شدند (جدول ۱).

به منظور ارزیابی کیفیت مقالات وارد شده از چک‌لیست CONSORT 2017 استفاده شد. این چک‌لیست از ۶ بخش کلی (شامل ۲۵ زیرمجموعه) تشکیل شده است که شامل: عنوان و چکیده، مقدمه، روش اجرا، نتایج و بحث و سایر اطلاعات می‌باشد. نحوه امتیازدهی به مقالات با استفاده از این چک‌لیست به این صورت بود که در صورت اشاره به آیتم مورد نظر در مقاله نمره ۱ و

جدول ۱- امتیازات کسب شده هر مقاله به تفکیک بخش‌های اصلی چک‌لیست CONSORT 2017

کیفیت مقاله	نمره کل	سایر اطلاعات	بحث	نتیجه	روش اجرا	مقدمه	عنوان و چکیده	نویسنده مقاله (سال)
خوب	۳۴	۱	۳	۱۰	۱۷	۱	۲	ادن و همکاران (۲۰۱۴) (۱۷)
خوب	۳۲	۱	۲	۹	۱۶	۲	۲	موننگومری و همکاران (۲۰۰۷) (۱۸)
خوب	۳۴	۲	۳	۹	۱۶	۲	۲	شورتن و همکاران (۲۰۰۵) (۱۹)
خوب	۳۲	۲	۲	۹	۱۵	۲	۲	حسینی حاجی و همکاران (۲۰۲۰) (۲۰)

یافته‌ها

در مرور حاضر مطالعاتی وجود داشتند که گزارش کاملی از داده‌های آماری برخی متغیرها نداده بودند. هرچند وجود چنین مطالعاتی به نفع احتمال بالقوه سوگیری و ضعف مرور می‌باشد، اما خروج آنها از مطالعه منجر به محدود شدن مرور می‌شد.

در این پژوهش ۴ مطالعه واجد شرایط به دو زیرگروه روش‌های تصمیم‌یار (۳ مطالعه) (۱۷-۱۹) و مشاوره (۱ مطالعه) (۲۰) گروه‌بندی شدند. یک مطالعه سه‌گروهه (۱۸) و ۳ مطالعه دو گروهه (۱۷، ۱۹، ۲۰) بودند. هر ۴ مطالعه گروه کنترل داشتند و به صورت قبل و بعد از مداخله بررسی شده بودند. مشخصات این مطالعات در جدول ۲ آورده شده است.

روش‌های تصمیم‌یار:

شورتن و همکاران (۲۰۰۵)، موننگومری و همکاران (۲۰۰۷) و ادن و همکاران (۲۰۱۴) از روش‌های تصمیم‌یار (DAT)^۱ پیرامون انتخاب نوع زایمان بعد از سزارین استفاده کردند (۱۷-۱۹).

ادن و همکاران (۲۰۱۴) به مقایسه آموزش بر اساس بروشور (کنترل) و تصمیم‌یار مبتنی بر IPDAS^۲ (مداخله) پرداختند. نتایج مطالعه حاکی از عدم تأثیر این روش‌ها بر میزان انتخاب VBAC در گروه بروشور (۳۷٪) و گروه تصمیم‌یار (۴۱٪) بود ($p=0/742$)، اما میانگین نمره کل تعارض تصمیم‌گیری بعد از مداخله در گروه بروشور ۱۴/۱ و در گروه تصمیم‌یار ۱۰/۷ بود که اختلاف آماری معناداری داشتند ($p<0/001$). همچنین نمرات آگاهی بعد از مداخله در دو گروه اختلاف آماری معناداری داشتند ($p<0/001$) (۱۷).

در مطالعه شورتن و همکاران (۲۰۰۵)، سیستم تصمیم‌یار برگرفته از تئوری سودمندی مورد انتظار^۳ و ابزار تصمیم‌گیری بهداشتی اوتوا^۴ بود. در مطالعه آنها میزان VBAC در گروه مداخله (۵۱٪) و کنترل (۴۹٪) بود که از لحاظ آماری اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشت ($p>0/05$). افزایش میانگین نمره

آگاهی در گروه مداخله (۲/۱۷) نسبت به گروه کنترل (۰/۴۲) بیشتر بود ($p<0/001$). میانگین نمرات تعارض تصمیم‌گیری در گروه مداخله (۱/۹۴) و گروه کنترل (۲/۱۸) بود که اختلاف معناداری بین دو گروه وجود داشت ($p<0/05$) (۱۹).

موننگومری و همکاران (۲۰۰۷) نیز اختلاف معناداری را در تأثیر مداخلات تحلیل تصمیم و اطلاع‌رسانی که هر دو مبتنی بر کامپیوتر بودند، بر انتخاب VBAC گزارش نکردند ($p>0/05$). میانگین نمره تعارض تصمیم‌گیری در گروه‌های تحلیل تصمیم (۲۰/۸)، اطلاع‌رسانی (۲۲/۱) و کنترل (۲۷/۳) بود که بین سه گروه اختلاف معناداری وجود داشت ($p<0/0003$). همچنین میانگین نمره آگاهی در گروه‌های تحلیل تصمیم (۳۵/۱)، اطلاع‌رسانی (۳۲/۴) و کنترل (۲۲/۷) بود که بین سه گروه اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($p<0/0007$) (۱۸).

مطالعه حسینی‌حاجی و همکاران (۲۰۲۰)، اختلاف معناداری را در میزان VBAC گزارش کرد ($p<0/05$)؛ به طوری که این میزان در گروه مصاحبه انگیزشی (۳۰٪) و در گروه کنترل (۳۳٪) بود، در حالی که سزارین به درخواست مادر در گروه مصاحبه انگیزشی ۱۵ نفر (۵۰٪) و گروه کنترل ۲۵ نفر (۸۳/۴٪) بود ($p<0/05$). همچنین طبق نتایج این مطالعه، آگاهی نسبت به زایمان طبیعی بعد از سزارین نیز بعد از مصاحبه انگیزشی افزایش یافته بود ($p=0/006$) (۲۰).

¹ Decision Aid Tools

² International Woman Decision Aid Standards

³ Expected Utility Theory

⁴ Ottawa Decision Aid Tool

جدول ۲- مشخصات مطالعات واجد شرایط

نویسنده (سال) (مکان)	گروه‌های مطالعه	حجم نمونه کل حجم نمونه به تفکیک گروه‌ها	انجام VBAC تعداد (درصد)	میانگین نمره آگاهی	میانگین نمره تعارض تصمیم‌گیری
ادن و همکاران (۲۰۱۴) (۱۷) پورتلند	۱- مداخله: تصمیم‌گیری اشتراکی با استفاده از سیستم تصمیم‌یار منطبق بر IPDAS و مبتنی بر کامپیوتر ۲- گروه کنترل: دو بروشور آموزشی حاوی اطلاعات پیرامون VBAC	کل واحدهای پژوهش: ۱۳۱ گروه مداخله: ۶۶ گروه کنترل: ۶۵	گروه مداخله: ۴۱٪ گروه کنترل: ۳۷٪ (p=۰/۷۴۲)	داده‌ها ناکافی	گروه مداخله: ۱۰/۷ گروه کنترل: ۱۴/۱ (p<۰/۰۰۱)
مونتگومری و همکاران (۲۰۰۷) (۱۸) انگلستان	۱- مداخله ۱: برنامه اطلاع‌رسانی پیرامون VBAC ۲- مداخله ۲: برنامه تحلیل تصمیم فردی شده مبتنی بر کامپیوتر ۳- گروه کنترل: مراقبت روتین دوران بارداری	کل واحدهای پژوهش: ۷۴۲ برنامه اطلاع‌رسانی: ۲۵۰ تحلیل تصمیم‌گیری: ۲۴۵ مراقبت معمول: ۲۴۷	مداخله ۱: ۷۰٪ (۲۹) مداخله ۲: ۸۸٪ (۳۷) گروه کنترل: ۷۲٪ (۳۰) (p=۰/۶۶)	مداخله ۱: ۶۹/۷ مداخله ۲: ۶۸/۰ گروه کنترل: ۵۷/۵ (p<۰/۰۵)	مداخله ۱: ۲۲/۱ مداخله ۲: ۲۰/۸ گروه کنترل: ۲۷/۳ (p<۰/۰۵)
شورتن و همکاران (۲۰۰۵) (۱۹) استرالیا	۱- گروه مداخله: بولکت تصمیم‌یار پیرامون مزایا و معایب VBAC ۲- گروه کنترل: مراقبت روتین دوران بارداری	کل واحدهای پژوهش: ۲۲۷ بولکت تصمیم‌یار: ۱۱۵ کنترل: ۱۱۲	گروه مداخله: ۵۱٪ گروه کنترل: ۴۹٪ (p>۰/۰۵)	گروه مداخله: ۱۱/۰ گروه کنترل: ۹/۰۸ (p<۰/۰۰۱)	گروه مداخله: ۱/۹۴ گروه کنترل: ۲/۱۸ (p<۰/۰۵)
حسینی حاجی و همکاران (۲۰۲۰) (۲۰) ایران	۱- گروه مداخله: ۳ جلسه مشاوره گروهی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی ۲- گروه کنترل: مراقبت روتین دوران بارداری	کل واحدهای پژوهش: ۸۰ مشاوره گروهی: ۴۰ کنترل: ۴۰	گروه مداخله: ۳ (۱۰) گروه کنترل: ۱ (۳/۳) (p=۰/۰۱۹)	گروه مداخله: ۱۴/۵ گروه کنترل: ۱۱/۷ (p<۰/۰۰۱)	داده‌ها ناکافی

بحث

مطالعات انجام شده در این مرور در برگیرنده مدت زمان ۱۸ ساله است. هرچند استراتژی پژوهش حاضر منجر به بررسی دقیق مطالعات مرتبط شد، اما تعداد کم مطالعات و تفاوت در مداخلات، متغیرهای مورد بررسی و یافته‌ها، باعث محدودیت در بحث پیرامون آنها شد. مطالعات پیرامون تأثیر دستورالعمل‌ها توسط مراقبین سلامت و برنامه‌های آموزشی نبودند. متغیرهای مشترک در این مطالعات، آگاهی، تعارض تصمیم‌گیری و انتخاب زایمان طبیعی بعد از سزارین بودند.

نتایج نشان داد استفاده از تصمیم‌گیری اشتراکی خواه به صورت مشاوره چهره‌به‌چهره و یا مبتنی بر تصمیم‌یار، آگاهی افراد را پیرامون مزایا و عوارض احتمالی انتخاب نوع زایمان بعد از سزارین افزایش می‌دهد که با نتایج متآنالیز دوگاس و همکاران (۲۰۱۲) مبنی بر تأثیر مداخلات تصمیم‌یار بر آگاهی در زمینه موضوعات بارداری و زایمان همسو بود (۱۴). مطالعه حاضر از نقطه نظر اثربخشی روش‌های تصمیم‌گیری اشتراکی به‌وسیله

حمایت مراقبین سلامت بر افزایش آگاهی، با نتایج مطالعه اوکاتین و همکاران (۲۰۰۲) همسو بود (۲۱). روش‌های تصمیم‌یار در هر سه مطالعه شورتن و همکاران (۲۰۰۵)، مونتگومری و همکاران (۲۰۰۷) و ادن و همکاران (۲۰۱۴) مبتنی بر کامپیوتر بودند و با کاهش تعارض تصمیم‌گیری و افزایش آگاهی همراه بودند (۱۹-۱۷). اما طبق اظهارات مونتگومری و همکاران (۲۰۰۷)، این روش‌ها مستلزم دسترسی به کامپیوتر و توانایی کار با آن و دسترسی قوی به اینترنت است. بنابراین تفاوت‌های اجتماعی و اقتصادی می‌تواند استفاده از این روش‌ها را با محدودیت مواجه سازد.

مشاوره، یک روش قابل انعطاف است که امکان برخورداری یکسان مراجعین را امکان‌پذیر ساخته و پاسخ‌دهی به سؤالات آنها را آسان‌تر می‌کند و این مطلب مؤید تأثیر مشاوره گروهی بر افزایش آگاهی و انتخاب VBAC در مطالعه حسینی حاجی و همکاران (۲۰۲۰) می‌باشد (۲۰). رویکرد مشاوره برای مواردی از تصمیم‌گیری که پذیرش پیامدهای ناگوار انتخاب، سخت‌تر است، روش ارجح است

و این یافته منطبق بر مطالعه ولف و همکاران (۲۰۰۵) می‌باشد (۲۲). روش‌های تصمیم‌یار منجر به ارائه اطلاعات مبتنی بر شواهد و تصمیم‌گیری اشتراکی بین مراجع و مراقب سلامت شده‌اند که با نتایج مطالعه گیدیری و همکاران (۲۰۰۷) منطبق می‌باشد (۲۳).

مرور مطالعات در طول زمان نشان داده‌اند (۲۴) که تصمیم‌گیری برای انتخاب نوع زایمان بعد از سزارین از بررسی دستورالعمل‌ها که به صورت یک‌طرفه و از طریق مراقبین سلامت اعمال اثر می‌کنند، به سمت تصمیم‌گیری اشتراکی مبتنی بر دو بُعد مراقبین سلامت و مادران رفته که شامل مشاوره فردی و گروهی و برنامه‌های آنالیز تصمیم‌گیری می‌باشد.

بر اساس نتایج، تفاوت معناداری بین گروه‌های مطالعه از نظر انتخاب VBAC به جز در مورد مداخله مبتنی بر مصاحبه انگیزشی مشاهده نشد که با نتایج مطالعه نیلسون و همکاران (۲۰۱۵)، دوگاس و همکاران (۲۰۱۲)، تاکر ادموند (۲۰۱۴) و هاری و همکاران (۲۰۱۳) همسو (۱۴، ۲۵-۲۷) و با مطالعه کاتلینگ پائول و همکاران (۲۰۱۱) (۲۴) غیرهمسو بود. کاتلینگ پائول و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه مروری خود تأثیر فاکتورهای غیربالینی شامل دستورالعمل‌های ملی و بین‌المللی VBAC، نحوه مراقبت و ویژگی فردی پزشکان و ماماها، پوشش بیمه و نوع آن و نوع بیمارستان را بر انتخاب VBAC مؤثر دانستند (۲۴). در مطالعه مروری حاضر، گروه‌های مداخله و کنترل از نظر متغیرهای ذکر شده مانند پوشش بیمه و نوع آن یکسان بودند، لذا تأثیر آنها بر نتایج مطالعه کنترل شده بود. هرچند تغییر در دستورالعمل‌های بین‌المللی تا چندین سال باعث روند رو به رشد VBAC شدند، اما گزارش‌هایی پیرامون عوارض آن، به ارزیابی هرچه بیشتر مادران از سود و زیان منجر شد و نیاز به روش‌های مشارکتی برای تصمیم‌گیری را نشان داد.

نتایج مطالعات مرور حاضر نشان دادند روش‌های تصمیم‌گیری اشتراکی منجر به کاهش تعارض تصمیم‌گیری شدند که این یافته با نتایج مطالعات مروری نیلسون و همکاران (۲۰۱۵)، دوگاس و همکاران (۲۰۱۲) و هاری و همکاران (۲۰۱۳) همسو بودند (۱۴، ۲۵).

نتایج مطالعه لاندگرن و همکاران (۲۰۱۵) حاکی از تأثیر آموزش به‌وسیله مراقبین سلامت و دریافت فیدبک از طرف مادران باردار^۱ بر افزایش انتخاب VBAC بود که با نتایج مطالعه حاضر همسو نبود. در مطالعه لاندگرن، تمرکز بر آموزش توسط مراقبین سلامت بود که تنها یکی از اجزای تصمیم‌گیری اشتراکی را شامل می‌شوند (۱۰). نتایج مطالعات مرور حاضر به تأثیرگذاری هر دو جزء مراقبین سلامت و مادران باردار پرداخته است که به مراتب فرایند دشوارتری است.

گادن و همکاران (۲۰۱۲) عوامل مؤثر بر ترویج VBAC را شامل کلاس‌های آمادگی برای زایمان مخصوص مادران سزارین قبلی، امکان ملاقات مادران سزارین قبلی با افرادی که VBAC موفق داشته‌اند، توانمندسازی زنان در تصمیم‌گیری اشتراکی، تشویق زنان به برنامه‌ریزی طرح زایمانی و اطمینان از ترویج VBAC توسط مراقبین سلامت دانستند (۲۸). در روش‌های تصمیم‌گیری اشتراکی مطالعات حاضر نیز از این تکنیک‌ها برای ترویج VBAC استفاده شد.

نتیجه‌گیری

مطالعات بررسی شده در این مرور، تأثیر روش‌های تصمیم‌گیری اشتراکی را بر افزایش آگاهی و کاهش تعارض تصمیم‌گیری پیرامون انتخاب نوع زایمان بعد از سزارین را نشان دادند. طبق نتایج مطالعه حاضر تأثیر معناداری در افزایش انتخاب VBAC مشاهده نشد. هرچند در مطالعات مرور حاضر افزایش جزئی در میزان انتخاب VBAC در روش‌های تصمیم‌گیری اشتراکی وجود داشت، اما از آنجایی که تعداد مطالعات اندک و نتایج متناقض می‌باشند، نیاز به مطالعات بیشتر در این خصوص وجود دارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام پژوهشگرانی که نتایج مطالعاتشان باعث غنی‌تر شدن بدنه دانش در این حیطه شد و از مطالعاتشان در مرور حاضر استفاده شد، تشکر و قدردانی می‌گردد.

¹ opinion leader education & feedback

1. Shorten A, Shorten B, Kennedy HP. Complexities of choice after prior cesarean: a narrative analysis. *Birth* 2014; 41(2):178-84.
2. Rafiei M, Saei Ghare M, Akbari M, Kiani F, Sayehmiri F, Sayehmiri K, et al. Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod Biomed (Yazd)* 2018; 16(4):221-234.
3. Moffat MA, Bell JS, Porter MA, Lawton S, Hundley V, Danielian P, et al. Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a cesarean section: a qualitative study. *BJOG* 2007; 114(1):86-93.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal Birth After Cesarean (VBAC): Resource Overview. 2010. Available at: URL:<https://www.acog.org/Womens Health/Vaginal-Birth-After-Cesarean-VBAC>.
5. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006; 107(6):1226-32.
6. Yang Q, Wen SW, Oppenheimer L, Chen XK, Black D, Gao J, et al. Association of cesarean delivery for first birth with placenta praevia and placental abruption in second pregnancy. *BJOG* 2007; 114(5):609-13.
7. Flenady V, Middleton P, Smith GC, Duke W, Erwich JJ, Khong TY, et al. Stillbirths: the way forward in high-income countries. *Lancet* 2011; 377(9778):1703-17.
8. Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS, Birth After Cesarean Study Group. Planned vaginal birth or elective repeat cesarean: patient preference restricted cohort with nested randomised trial. *PLoS Med* 2012; 9(3):e1001192.
9. Fraser W, Maunsell E, Hodnett E, Moutquin JM. Randomized controlled trial of a prenatal vaginal birth after cesarean section education and support program. *Childbirth Alternatives Post-Cesarean Study Group. Am J Obstet Gynecol* 1997; 176(2):419-25.
10. Lundgren I, Smith V, Nilsson C, Vehvilainen-Julkunen K, Nicoletti J, Devane D, et al. Clinician-centred interventions to increase vaginal birth after cesarean section (VBAC): a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15:16.
11. Santerre RE. The effect of the ACOG guideline on vaginal births after cesarean. *Med Care Res Rev* 1996; 53(3):315-29.
12. Rees KM, Shaw AR, Bennert K, Emmett CL, Montgomery AA. Healthcare professionals' views on two computer-based decision aids for women choosing mode of delivery after previous cesarean section: a qualitative study. *BJOG* 2009; 116(7):906-14.
13. Frost J, Shaw A, Montgomery A, Murphy DJ. Women's views on the use of decision aids for decision making about the method of delivery following a previous cesarean section: qualitative interview study. *BJOG* 2009; 116(7):896-905.
14. Dugas M, Shorten A, Dubé E, Wassef M, Bujold E, Chaillet N. Decision aid tools to support women's decision making in pregnancy and birth: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2012; 74(12):1968-78.
15. O'Connor AM, Wennberg JE, Legare F, Llewellyn-Thomas HA, Moulton BW, Sepucha KR, et al. Toward the 'tipping point': decision aids and informed patient choice. *Health Aff (Millwood)* 2007; 26(3):716-25.
16. Landy CK, Sword W, Cunningham C, Rimas H, Stewart B, Biringer A, et al. Counselling Women About a Trial Of Labour (TOL) Versus a Planned Repeat Cesarean Section (CS): Providers' Attitudes and Motivational Factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2018; 40(6):840.
17. Eden KB, Perrin NA, Vesco KK, Guise JM. A randomized comparative trial of two decision tools for pregnant women with prior cesareans. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2014; 43(5):568-79.
18. Montgomery AA, Emmett CL, Fahey T, Jones C, Ricketts I, Patel RR, et al. Two decision aids for mode of delivery among women with previous cesarean section: randomised controlled trial. *BMJ* 2007; 334(7607):1305.
19. Shorten A, Shorten B, Keogh J, West S, Morris J. Making Choices for Childbirth: A Randomized Controlled Trial of a Decision-aid for Informed Birth after Cesarean. *Birth* 2005; 32(4):252-61.
20. Hoseini Haji SZ, Firoozi M, Asghari Pour N, Shakeri MT. Impact of Motivational Interviewing on Women's Knowledge, Attitude and Intention to Choose Vaginal Birth after Cesarean Section: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2020; 8(1):2115-25.
21. O'cathain A, Walters SJ, Nicholl JP, Thomas KJ, Kirkham M. Use of evidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practice. *BMJ* 2002; 324(7338):643.
22. Woolf SH, Chan EC, Harris R, Sheridan SL, Braddock CH, Kaplan RM, et al. Promoting informed choice: transforming health care to dispense knowledge for decision making. *Ann Intern Med* 2005; 143(4):293-300.
23. Gidiri M, McFarlane J, Holding S, Morgan RJ, Lindow SW. Uptake of invasive testing following a positive triple test for Down's syndrome. Are midwives different counsellors compared with obstetricians? *J Obstet Gynaecol* 2007; 27(2):148-9.

24. Catling-Paull C, Johnston R, Ryan C, Foureur MJ, Homer CS. Clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after caesarean section: a systematic review. *J Adv Nurs* 2011; 67(8):1646-61.
25. Nilsson C, Lundgren I, Smith V, Vehvilainen-Julkunen K, Nicoletti J, Devane D, et al. Women-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): A systematic review. *Midwifery* 2015; 31(7):657-63.
26. Tucker Edmonds B. Shared decision-making and decision support: their role in obstetrics and gynecology. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2014; 26(6):523-30.
27. Horey D, Kealy M, Davey MA, Small R, Crowther CA. Interventions for supporting pregnant women's decision-making about mode of birth after a caesarean. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (7):CD010041.
28. Godden B, Hauck Y, Hardwick T, Bayes S. Women's perceptions of contributory factors for successful vaginal birth after cesarean. *International Journal of Childbirth* 2012; 2(2):96-106.