

# بررسی دیدگاه کادر درمانی زنان و زایمان شاغل در بیمارستان ها و درمانگاه های استان البرز در مورد روش ارجح زایمان در سال ۱۳۹۰

صدیقه نصرالهی<sup>۱\*</sup>، پروانه حیدری<sup>۱</sup>، زهره خلجی نیا<sup>۲</sup>

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

۲. کارشناس ارشد مامایی، مرکز آموزشی درمانی ایزدی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۹/۱۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۴

## خلاصه

**مقدمه:** با توجه به رشد فزاینده سزارین طی سال های گذشته در ایران و جهان و نقش چشمگیر ماماها و متخصصین زنان به عنوان افراد معتمد مادران باردار در انتخاب روش زایمان، مطالعه حاضر با هدف تعیین دیدگاه کادر درمانی زنان و زایمان شاغل در بیمارستان ها و درمانگاه های استان البرز در مورد روش ارجح زایمان انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی- تحلیلی و مقطعی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۲۵۱ نفر از ماماها و متخصصین زنان شاغل در بیمارستان ها و درمانگاه های زنان و زایمان استان البرز انجام شد. افراد به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و توسط پرسشنامه پژوهشگر ساخته (شامل اطلاعات فردی، روش زایمان ترجیحی آنها، نگرش آنها نسبت به روش زایمان) و آزمون های آماری توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون های آماری کای دو، تست دقیق فیشر و آزمون رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** ۱۳۰ نفر از افراد مورد مطالعه، سابقه زایمان قبلی (۲۷٪ زایمان طبیعی و ۷۳٪ زایمان سزارین) داشتند و ۱۱۹ نفر (۴۷/۲٪) از آنان اظهار داشتند در صورت بارداری در آینده ترجیح می دهند سزارین الکتیو شوند. بین نگرش ماماها و پزشکان زنان از نظر نوع زایمان ترجیحی برای خود آنها، اختلاف معنی داری وجود داشت ( $p=0/005$ ) به این ترتیب که ۱۰۹ نفر (۴۳/۹٪) از ماماها و ۲۹ نفر (۷۲/۴٪) از پزشکان زنان، زایمان سزارین را برای خود ترجیح می دادند. نتیجه گیری: از آنجایی که تعداد قابل توجهی از کادر درمانی زنان و زایمان، زایمان سزارین را ترجیح می دهند، جهت کاهش آمار زایمان در کشور تغییر دیدگاه آنان را باید مد نظر قرار داد.

**کلمات کلیدی:** دیدگاه، روش زایمان، کادر درمانی زنان و زایمان

\* نویسنده مسئول مکاتبات: صدیقه نصرالهی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران. تلفن: ۰۹۱۲۵۱۱۹۱۴، پست الکترونیک: nasrollahi@kiaou.ac.ir

## مقدمه

یکی از مهمترین مسائلی که طی سالیان گذشته، فکر مادران باردار را به خود مشغول داشته است، روش زایمان ارجح می باشد. کادر درمانی زنان و زایمان نیز چه در جایگاه یک مادر باردار و چه به عنوان یک مشاور برای مادران باردار به عنوان افراد معتمد مادران باردار در انتخاب روش زایمان، از این قاعده مستثنی نیستند.

سازمان جهانی بهداشت هدف از مراقبت های زایمانی را حفظ سلامت مادر و نوزاد با حداقل مداخلات پزشکی مطرح کرده است (۱) و میزان مورد انتظار سزارین را ۱۵-۱۰ درصد در تمام زایمان ها تعیین کرده است (۱-۴). با این وجود طی ۳۵ سال گذشته، میزان سزارین همچنان افزایش داشته و از ۵ درصد به ۲۵ درصد و حتی بسیار بالاتر رسیده است (۵). این افزایش سزارین نه تنها در کشورهای پیشرفته مانند استرالیا، فرانسه، آلمان، آمریکا و انگلستان بلکه در کشورهای در حال توسعه مانند برزیل، چین و هند نیز مشاهده می شود (۴).

در آمریکا از سال ۱۹۷۰ تا سال ۲۰۰۷، میزان سزارین از ۴/۵ درصد تمام زایمان ها به ۳۸ درصد، در انگلستان از ۹ درصد در سال ۱۹۸۰ به ۲۴/۶ درصد در سال ۲۰۰۹ و در تایلند از ۱۵/۲ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۳۴/۱ درصد در سال ۲۰۰۸ رسیده است (۶-۸). در ایران بر اساس آخرین آمار مرکز بهداشت و جمعیت، میزان آن ۴۷ درصد همه زایمان ها ذکر شده است. در تهران ۵۲ درصد کل زایمان ها و ۶۴ درصد زایمان های مراکز خصوصی به صورت سزارین انجام می شود (۹). افزایش زایمان سزارین در کشورهای مختلف در اکثر موارد دلایل غیر طبی دارد و عواملی نظیر ترس از شکایت بیماران، مشوق های مالی و بیمه ای، ترجیح پزشکان، تمایل به کاهش تعداد بارداری ها در زنان و افزایش زنان شکم اول می باشد (۱۰).

اغلب پزشکان معتقدند که سزارین نباید در موارد عدم وجود اندیکاسیون پزشکی انجام شود ولی عده ای معتقدند با وجود تکنیک های پیشرفته جراحی، پیشگیری از عفونت و انتقال خون، زایمان سزارین روش مناسب زایمان جهت حفظ سلامت مادر و جنین می باشد (۱). به طوری که بر اساس نتایج مطالعه ای در آمریکا و انگلیس

(۱۹۹۸)، ۶۹ درصد پزشکان موافق زایمان سزارین بدون اندیکاسیون پزشکی بودند (۱۱).

بر اساس مطالعات انجام شده، از بین عوامل غیر طبی افزایش سزارین، ترجیح و خواست پزشکان و ماماها یکی از عوامل مهم و قابل توجه می باشد. مطالعه حنطوش زاده و همکاران (۲۰۰۹) در ایران نشان داد که پزشکان زنان، روش زایمانی که برای خود ترجیح می دهند را به مادران باردار توصیه می کنند (۱۲). در مطالعه جوزفسون و همکاران (۲۰۰۹) در سوئد مشخص شد که پزشکان زنان بیشتر از ماماها موافق انجام سزارین الکتیو هستند و آن را روش سالم تری برای مادر و بچه می دانند (۱۳). مطالعه آریکان و همکاران (۲۰۱۱) در ترکیه نشان داد ۷۰٪ پزشکان ترکیه به دلیل ترس از صدمات آنورکتال، زایمان سزارین را ترجیح می دهند (۳). ولی در مطالعه گروم (۲۰۰۲) در انگلستان، ۸۵ درصد از پزشکان شرکت کننده در مطالعه، زایمان طبیعی را برای خود و همسرانشان انتخاب کردند (۱۴).

سزارین بدون اندیکاسیون علاوه بر عوارض مادری و جنینی و تحمیل هزینه نسبتاً زیاد به خانواده ها، مشکلاتی برای بیمارستان از نظر پرسنل و تجهیزات پزشکی به همراه دارد. آمار روز افزون سزارین در بسیاری از کشورهای جهان، موجب نگرانی محققین و مسئولین بهداشتی و سلامت عمومی زنان شده است (۱۵). به طوری که در ایران همزمان با سایر کشورها تلاش های بسیاری در جهت ترویج زایمان طبیعی صورت گرفته است. پزشکان و ماماها در تمام دوران بارداری به عنوان افراد مورد اطمینان مادران باردار، وظیفه مراقبت، آموزش و مشاوره مادران باردار را در مراکز بهداشتی درمانی به عهده دارند. نظرات و خواسته های آنها در ارتباط با نوع زایمان می تواند تأثیر بسزایی در تصمیم گیری روش زایمان مادران باردار داشته باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین دیدگاه کادر درمانی زنان و زایمان در مورد روش ارجح زایمان انجام شد.

## روش کار

این مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۲۵۱ نفر از ماماها و متخصصین زنان شاغل در بیمارستان ها و درمانگاه های زنان و زایمان استان البرز

پرسشنامه دارای سه بخش بود، بخش اول شامل ۱۴ سؤال در رابطه با اطلاعات شخصی افراد نظیر: سن، وضعیت تأهل، مدت اشتغال، محل اشتغال، تعداد زایمان ها، روش زایمان های قبلی و سابقه مامایی بود. بخش دوم شامل ۹ سؤال در ارتباط با روش زایمانی که کادر درمانی زنان و زایمان برای خود یا افراد خانواده خود ترجیح می دادند و روش زایمانی که به مادران باردار در صورت مشاوره با آنها پیشنهاد می دادند، و بخش سوم که شامل دیدگاه کادر درمانی زنان - مامایی نسبت به روش زایمان بود، شامل ۱۹ عبارت در مورد نگرش و دیدگاه کادر درمانی زنان و زایمان در مورد روش ارجح زایمان بود. پرسشنامه ها جهت متخصصین زنان و زایمان، ماماها و اعضای هیئت علمی شاغل در مراکز بهداشتی- درمانی به صورت یکسان و بی نام تهیه شد و در پاکتی همراه با برگه ای که شامل توضیحات لازم پیرامون اهداف مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات، داوطلبانه بودن در تکمیل پرسشنامه، صاحب اختیار بودن در رابطه با انصراف از مطالعه در حین پاسخگویی به سؤالات بود، به افراد ارائه شد. واحدهای پژوهش پرسشنامه را پس از توضیحات پرسشگر آموزش دیده در محل کار خود و در زمان استراحت تکمیل کردند. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون های آماری کای دو، تست دقیق فیشر و آزمون رگرسیون لجستیک مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. ضریب اطمینان ۹۵ درصد و میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

نتایج مطالعه در ارتباط با اطلاعات فردی و شغلی واحدهای پژوهش نشان داد که ۸۴ نفر (۳۳/۵٪) از افراد شرکت کننده در مطالعه مجرد و ۱۶۷ نفر (۶۶/۵٪) متأهل بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه  $34 \pm 8/1$  سال بود. ۱۲۸ نفر (۵۱٪) از افراد در واحدهای زایمان، ۱۰۸ نفر (۳۴٪) در درمانگاه ها و ۱۵ نفر (۶٪) در هر دو مکان مشغول به کار بودند. میانگین مدت زمان اشتغال افراد مورد مطالعه  $7/7 \pm 9/4$  سال بود.

انجام شد. این مطالعه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج رسید.

جامعه پژوهش شامل کلیه ماماها (درمانگاه، اتاق زایمان، اعضاء هیئت علمی) و متخصصین زنان شاغل در درمانگاه ها و واحدهای زنان و زایمان بیمارستان های دولتی و سازمان تأمین اجتماعی استان البرز بودند و کسانی که در زمان نمونه گیری به دلایل مختلف شاغل نبودند و افرادی که بیش از ۵۰ درصد سؤالات پرسشنامه را تکمیل نکرده بودند، از مطالعه خارج شدند. جهت تعیین حجم نمونه، ابتدا لیست اسامی و آدرس تمام درمانگاه ها و بیمارستان های دولتی و تأمین اجتماعی از مراکز بهداشت و معاونت درمان تأمین اجتماعی استان البرز تهیه شد. تعداد کل ماماها و مراکز بهداشتی درمانی و تأمین اجتماعی ۳۴۵ نفر، تعداد پزشکان زنان ۶۰ نفر و تعداد ماماها و اعضاء هیئت علمی دانشگاه آزاد کرج ۱۵ نفر برآورد شد. نمونه گیری به روش در دسترس توسط دو کمک پژوهشگر آموزش دیده انجام شد، به این ترتیب که جهت تکمیل پرسشنامه ها، به تمام درمانگاه ها و بیمارستان های دولتی و تأمین اجتماعی استان البرز مراجعه شد. کمک پژوهشگرها حداکثر ۳ بار به درمانگاه ها مراجعه کرده، و کسانی که تمایلی به همکاری نداشتند و یا با وجود سه بار مراجعه در مرکز حضور نداشتند، از مطالعه حذف شدند، همچنین به واحدهای زایمان در شیفیت های مختلف، مراجعه شد. در مجموع، ۲۵۰ ماما و ۴۰ متخصص زنان در مطالعه شرکت کردند و ۴۰ پرسشنامه به دلیل نقص در تکمیل بیش از ۵۰ درصد سؤالات، از مطالعه خارج شدند. در نهایت ۲۵۱ پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای پژوهشگر ساخته بود که با مطالعه کتب معتبر و مطالعات گذشته، تهیه شد. روایی آن با بررسی و اظهار نظر ۱۰ نفر از پانل خبرگان و بازنگری پرسشنامه و انجام تغییرات لازم مورد تأیید قرار گرفت و پایایی پرسشنامه بر اساس مطالعه پایلوت که بر روی ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط انجام شد (۳) با روش آلفا کرونباخ محاسبه و با  $r=0/82$  مورد تأیید قرار گرفت.

از بین کل افراد متأهل، ۱۲۹ نفر (۵۱/۴٪) سابقه زایمان قبلی داشتند که از این تعداد، ۳۵ نفر (۲۷٪) از افراد زایمان طبیعی، ۸۶ نفر (۶۶٪) سزارین و ۸ نفر (۷٪) از افراد، زایمان اول آنها طبیعی و زایمان دوم آنها سزارین بود. ۲۰۴ نفر (۸۱/۳٪) از افراد مورد مطالعه اظهار داشتند که میزان سزارین در کشور بسیار بالاست و ۷۶ نفر (۳۰٪) از افراد بیان کردند که علی رغم میل باطنی، به علت شرایط کاری مجبورند زایمان طبیعی را به مادران باردار توصیه کنند.

نتایج مطالعه در رابطه با سؤالات بخش دوم پرسشنامه در خصوص نوع زایمانی که ماماها و پزشکان زنان مورد مطالعه، برای خود، فامیل درجه یک خود و مادران باردار (در صورت بارداری بدون هیچ اندیکاسیون سزارین) ترجیح می دادند، نشان داد که ۱۱۹ نفر (۴۷/۲٪) از افراد، زایمان سزارین را برای خود ترجیح می دادند ولی در صورت بارداری یکی از نزدیکان، ۱۹۰ نفر (۷۵/۷٪) عنوان کردند به آنها زایمان طبیعی را پیشنهاد می کنند و در صورت مشاوره با مادر، پاسخ ۲۲۶ نفر (۹۰٪) از افراد، زایمان طبیعی بود. ۲۰۲ نفر (۸۰/۵٪) از افراد، مخالف زایمان سزارین الکتیو بدون اندیکاسیون پزشکی به درخواست مادر بودند.

بین ماماها و پزشکان زنان از نظر نوع زایمانی که برای خود انتخاب کردند، اختلاف آماری معنی داری وجود

داشت ( $p=0/005$ ) به این ترتیب که ۱۰۹ نفر (۴۳/۹٪) از ماماها و ۲۹ نفر (۷۲/۴٪) از پزشکان زنان، زایمان سزارین را برای خود انتخاب کردند ولی از نظر روشی که به مادر باردار توصیه می کردند، اختلاف آماری معناداری نداشتند ( $p=0/36$ ).

بین سن افراد شرکت کننده، محل کار افراد (واحدهای زایمان یا درمانگاه های پره ناتال) و نوع زایمان ترجیحی آنها، اختلاف معنی داری وجود نداشت ولی بین سابقه کاری و نوع زایمان ترجیحی آنها اختلاف معناداری وجود داشت ( $p=0/000$ ) و افرادی که بیش از ۱۵ سال سابقه کار داشتند (۷۰/۸٪) تمایل بیشتری به انجام زایمان طبیعی داشتند. نتایج آزمون کای دو، در مورد سؤالات بخش سوم پرسشنامه در ارتباط با نگرش کادر درمانی زنان و زایمان نسبت به روش زایمان ارجح، نشان داد که دو گروه (گروه موافق سزارین و گروه موافق زایمان طبیعی برای خود) در دو مورد: پزشکان و ماماها به دلیل راحتی کار، سزارین را ترجیح می دهند و همچنین به دلیل کمبود تخت، پرسنل و فضای کافی لیبر، سزارین بهتر از زایمان طبیعی است، اختلاف معنی داری نداشتند ولی در خصوص سایر دلایل انتخاب روش زایمان اختلاف معنی داری داشتند (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه نگرش کادر درمانی زنان و زایمان در مورد انتخاب روش زایمان

عبارات	گروه موافق سزارین		گروه موافق زایمان طبیعی		سطح معنی داری*
	موافق (تعداد درصد)	نظری ندارند (تعداد درصد)	موافق تعداد (درصد)	نظری ندارند (تعداد درصد)	
به دلیل ترس از درد زایمان طبیعی، سزارین ارجح است	۷۸ (۶۶/۱)	۹ (۷/۶)	۳۱ (۲۶/۳)	۲۴ (۱۸/۲)	۰/۰۰۰
معاینات مکرر در طی زایمان طبیعی، آزار دهنده است	۵۵ (۴۶/۶)	۲۳ (۱۹/۵)	۴۰ (۳۳/۹)	۲۴ (۱۸/۲)	۰/۰۰۰
دستمزد زایمان طبیعی بسیار کمتر از سزارین است	۶۳ (۵۳/۸)	۲۵ (۲۱/۴)	۲۹ (۲۴/۸)	۲۱ (۱۶)	۰/۰۰۰
در صورت تجربه بد مادر از زایمان طبیعی قبلی با درخواست انجام سزارین موافقت شود	۱۰۶ (۸۹/۸)	۵ (۴/۲)	۷ (۵/۹)	۱۱۸ (۸۹/۴)	۰/۰۰۲
به دلیل ترس از ایپی زباتومی، سزارین ارجح است	۴۹ (۴۱/۵)	۲۴ (۲۰/۳)	۴۵ (۳۸/۱)	۱۱ (۸/۳)	۰/۰۰۰
افزایش خطر بی اختیاری ادرار و مدفوع بعد از زایمان طبیعی	۹۶ (۸۱/۴)	۵ (۴/۲)	۱۷ (۱۴/۴)	۷۹ (۶۰/۳)	۰/۰۰۰
حفظ سلامت نوزاد در زایمان سزارین بیشتر است	۱۷ (۱۴/۵)	۲۱ (۱۷/۹)	۷۹ (۶۷/۵)	۵ (۳/۸)	۰/۰۰۰
برای کسانی که کاندید TL بعد از زایمان هستند، سزارین مناسب است	۵۸ (۴۹/۲)	۴ (۳/۴)	۵۶ (۴۷/۵)	۳۲ (۲۴/۲)	۰/۰۰۰
رضایت بیشتر افراد سزارین شده از زایمان خود	۶۲ (۵۲/۵)	۳۶ (۳۰/۵)	۲۰ (۱۶/۹)	۳۸ (۳۱/۸)	۰/۰۰۰
حفظ بهتر کیفیت روابط جنسی بعد از سزارین	۵۰ (۴۳/۱)	۲۳ (۱۹/۸)	۴۳ (۳۷/۱)	۱۶ (۱۲/۱)	۰/۰۰۰
سزارین یک روش مدرن است	۴۴ (۳۷/۶)	۲۸ (۲۳/۹)	۴۵ (۳۸/۵)	۱۹ (۱۴/۵)	۰/۰۰۰
به دلیل شکایات و مسائل قانونی بیشتر در زایمان طبیعی، سزارین مناسب است	۳۶ (۳۰/۵)	۳۴ (۲۸/۸)	۴۸ (۴۰/۷)	۲۱ (۱۵/۹)	۰/۰۰۰
به دلیل غیر قابل پیش بینی بودن مراحل زایمان طبیعی، سزارین مناسب است	۶۹ (۵۸/۵)	۳۲ (۲۷/۱)	۱۷ (۱۴/۴)	۵۰ (۳۷/۹)	۰/۰۰۰
ماماها و پزشکان زنان به دلیل راحتی کار، سزارین را ترجیح می دهند	۴۰ (۳۳/۹)	۱۹ (۱۶/۱)	۵۹ (۵۰)	۳۲ (۲۴/۲)	۰/۰۰۹
در صورت عدم همکاری مادر به دلیل آموزش ناکافی قبل از زایمان، سزارین مناسب است	۹۸ (۸۳/۱)	۹ (۷/۶)	۱۱ (۹/۳)	۱۲۵ (۹۴/۷)	۰/۰۱
به دلیل کمبود تخت، پرسنل و فضای کافی لیبر، سزارین مناسب است	۵۰ (۴۲/۴)	۲۱ (۱۷/۸)	۴۷ (۳۹/۸)	۴۵ (۳۴/۱)	۰/۱
سزارین تکراری ها همه باید سزارین شوند	۹۳ (۷۸/۸)	۱۲ (۱۰/۲)	۱۳ (۱۱)	۷۵ (۵۶/۸)	۰/۰۰۰
پرزانتاسیون بریج حتما باید سزارین شود	۹۴ (۷۹/۸)	۷ (۵/۹)	۱۷ (۱۴/۴)	۸۲ (۶۲/۱)	۰/۰۰۰
افزایش خطر پارگی کانال زایمانی در زایمان طبیعی	۷۱ (۶۰/۲)	۱۷ (۱۴/۴)	۳۰ (۲۵/۴)	۴۸ (۳۶/۶)	۰/۰۰۰

\*آزمون کای دو

تشخیص متغیرهای اصلی تأثیرگذار بر انتخاب زایمان از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شد (جدول ۲).

با توجه به اینکه برخی متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه موافق سزارین و زایمان طبیعی، بر اساس آزمون کای دو تفاوت آماری معنی داری داشتند، به منظور

جدول ۲- ضریب رگرسیون لجستیک، عوامل تأثیرگذار در انتخاب سزارین به عنوان روش ارجح زایمان

متغیرها	ضریب رگرسیون	خطای استاندارد	آماره WALD	درجه آزادی	سطح معنی داری	نسبت برتری
ترس از درد زایمان	۲/۲	۰/۴۴	۲۵	۱	۰/۰۰۰	۹/۲
دستمزد کمتر زایمان طبیعی	۲/۰۳	۰/۴۶	۱۹/۴	۱	۰/۰۰۰	۷/۶۸
ترس از خطر بی‌اختیاری ادرار و مدفوع بعد از زایمان طبیعی	-۲/۱	۰/۹	۵/۵	۱	۰/۰۱۹	۰/۱۲۰
حفظ سلامت نوزاد	۲/۸۵	۱/۰۵	۷/۳	۱	۰/۰۰۷	۱۷/۴۲
حفظ بهتر کیفیت روابط جنسی بعد از سزارین	۱/۳۹	۰/۵۱۱	۷/۴	۱	۰/۰۰۶	۴/۰۱
سزارین تکراری‌ها همه باید سزارین شوند	۱/۳۶	۰/۵۲	۶/۷	۱	۰/۰۰۹	۳/۹

### بحث

عوارض سزارین بیشتر آشنا شده و اهمیت زایمان طبیعی

برای آنان محرز می‌شود.

همچنین در بررسی دلایل انتخاب سزارین مشخص شد که عوامل ترس از درد زایمان، دستمزد کمتر زایمان طبیعی نسبت به زایمان سزارین، ترس از عوارض طولانی مدت مانند بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، ترس از به مخاطره افتادن سلامت جنین، حفظ بهتر کیفیت روابط جنسی بعد از سزارین و سزارین تکراری از مهمترین دلایل انتخاب این روش زایمان می‌باشد.

در ارتباط با ترس از درد زایمان، ۷۵/۳٪ از افراد مورد مطالعه عنوان کردند در صورت انجام زایمان بی‌درد، زایمان طبیعی را ترجیح می‌دهند. در مطالعه آریکان و همکاران (۲۰۱۱)، ترس از درد زایمان از جمله عوامل انتخاب سزارین مطرح نشد (۳) و در مطالعه گروم و همکاران (۲۰۰۲) نیز ترس از درد زایمان از اهمیت پایین تری نسبت به دیگر دلایل قرار داشت (۱۴). احتمالاً علت این تفاوت، تأثیر تفاوت‌های قومی و نژادی بر شدت درد و میزان تحمل افراد باشد، ضمناً در سایر کشورها توجه به دوره‌های آمادگی زایمان در حین بارداری بیشتر است و انجام روش‌های بی‌دردی در زایمان نیز بسیار رایج تر می‌باشد.

در ارتباط با حق‌الزحمه بسیار بالاتر سزارین نسبت به زایمان طبیعی، مطالعه یزدی زاده و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد پزشکان زنان معتقدند پایین بودن تعرفه زایمان طبیعی باعث افزایش تمایل پزشکان نسبت به انجام سزارین شده است، همچنین ماماها معتقدند اکثر دستمزد زایمان متعلق به پزشکان می‌باشد در حالی که آنها انرژی و مدت زمان بیشتری را نسبت به پزشکان به

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، حدوداً کمتر از نیمی از واحدهای پژوهش، زایمان سزارین را برای خود ترجیح می‌دادند ولی با در نظر گرفتن دیدگاه گروه‌های مختلف کادر درمانی و تفاوت دیدگاه متخصصین زنان و ماماها در انتخاب نوع زایمان، مشخص شد پزشکان زنان بیشتر از ماماها زایمان سزارین را انتخاب کردند.

نتایج مطالعه جوزفسون و همکاران (۱۰۰۹) در سوئد و ترونر و همکاران (۲۰۰۸) در استرالیا نیز مشابه نتایج مطالعه حاضر می‌باشد (۱۳، ۱۶)، ولی در مطالعه گروم (۲۰۰۲) در انگلستان فقط ۱۵ درصد از پزشکان برای خود یا همسرانشان زایمان سزارین را انتخاب کردند (۱۴). تفاوت نتایج مطالعه گروم با مطالعه حاضر ناشی از تفاوت جامعه پژوهش می‌باشد، به گونه‌ای که افراد مورد پژوهش در مطالعه گروم از هر دو جنس (زن و مرد) و فقط شامل پزشکان و رزیدنت‌های زنان بودند و دیدگاه ماماها مورد بررسی قرار نگرفت. به علاوه به نظر می‌رسد متخصصین انگلستان، زایمان طبیعی را بیشتر ترجیح می‌دهند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بین مدت زمان اشتغال به کار افراد و نوع زایمان ترجیحی آنها ارتباط معنی‌داری وجود داشت و کسانی که بیش از ۱۵ سال سابقه کار داشتند، زایمان طبیعی را بیشتر انتخاب کردند که با نتایج مطالعه حنطوش زاده و همکاران (۲۰۰۹) در ایران همخوانی داشت (۱۲). احتمالاً افراد با افزایش سابقه کاری و کسب تجربه بیشتر در این شغل، با خطرات و

و موناری و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی داشت (۳، ۱۷). در مطالعه صفرنژاد و همکاران (۲۰۰۹) در ایران نیز میزان موفقیت جنسی طی ۸ هفته اول بعد از زایمان در گروهی که زایمان طبیعی یا سزارین اورژانس داشتند نسبت به کسانی که سزارین الکتیو داشتند، کمتر بود (۲۲).

در این مطالعه از دیگر دلایل انتخاب سزارین، موارد سزارین تکراری بود. نتایج مطالعه کلین و همکاران (۲۰۱۱) در کانادا نیز تا حدود زیادی تأیید کننده این نتیجه می باشد (۲۳). رمی و همکاران (۲۰۰۴) طی مطالعه ای در کانادا عنوان کرد امروزه پزشکان آمریکایی و کانادایی نیز احساس خوبی نسبت به انجام زایمان طبیعی به دنبال زایمان سزارین ندارند و معتقدند مضرات و فواید آن مورد بحث می باشد (۲۴).

عوامل مختلفی از جمله تفاوت روحی افراد مورد مطالعه، شرایط و مقررات محیط کار در ارتباط با تأکید بر نوع خاصی از زایمان و همچنین سابقه مشکلات و مسائل قضایی مرتبط با کار، بر نحوه پاسخگویی افراد مؤثر بود که از محدودیت های مطالعه حاضر بود.

### نتیجه گیری

از آنجایی که تعداد بسیار قابل توجهی از کادر درمانی زنان و زایمان، زایمان سزارین را نسبت به زایمان طبیعی ترجیح می دادند، یکی از مهمترین اقدامات جهت کاهش آمار سزارین در کشور، اصلاح دیدگاه پزشکان زنان و ماماها می باشد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر با حمایت مالی حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج انجام شد. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد و شورای پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج و همچنین از همکاری خانم آغا فاطمه حسینی در بخش آمار و همچنین از کلیه ماماها و متخصصین زنان که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

یک زایمان طبیعی اختصاص می دهند، در مقابل پزشکان عنوان کردند چون در صورت بروز مسائل و شکایات قانونی، بیشترین بار مسئولیت بر دوش آنان می باشد، باید دستمزد بیشتری دریافت کنند (۲). در مطالعات سایر کشورها به عامل حق الزحمه در انتخاب زایمان سزارین اشاره ای نشده است. به نظر می رسد به دلیل تفاوت در سیستم پرداخت بیمه درمانی، پزشک و بیمار در سایر کشورها، میزان حق الزحمه در انتخاب نوع زایمان دخیل نباشد.

در مطالعه حاضر از دیگر دلایل مطرح شده در انتخاب سزارین، افزایش خطر بی اختیاری ادرار و مدفوع بعد از زایمان بود. نتایج مطالعه موناری و همکاران (۲۰۰۸) در ایتالیا و گروم و همکاران (۲۰۰۲) در انگلستان تأیید کننده این مسئله می باشد (۱۵، ۱۷). در مطالعه ترونر نیز ترس از عوارض بی اختیاری ادرار و مدفوع، یکی از دلایل مهم در انتخاب سزارین از نظر جراحان کولون و رکتوم در مقایسه با پزشکان زنان و ماماها بود (۱۶). در حالی که مطالعات متعددی نشان داده اند که نقش سزارین در کاهش این عارضه بسیار ناچیز می باشد (۱۶). همچنین نلسون و همکاران (۲۰۰۶) در گزارش خود عنوان کردند که بی اختیاری ادرار و مدفوع بیشتر از نتایج بارداری می باشد تا زایمان (۱۸).

در این مطالعه، یکی دیگر از دلایل زایمان سزارین، حفظ بهتر سلامت جنین با انجام زایمان سزارین بود که با نتایج مطالعه آریکان و همکاران (۲۰۱۱) در ترکیه، جاکومین و همکاران (۲۰۰۲) در فنلاند و کوکن و همکاران (۲۰۰۷) در ترکیه همخوانی داشت (۳، ۱۹، ۲۰). در مطالعه فلوریکا و همکاران (۲۰۰۶) نیز از مهمترین دلایل افزایش سزارین طی ۵ سال گذشته در سوئد، تشخیص دیسترس جنینی، سزارین به درخواست مادر و دیستوسیا بود (۲۱). بنابراین اکثر پزشکان زنان به دلیل نگرانی از دیسترس جنین، تمایل بیشتری به انجام زایمان سزارین دارند.

حفظ بهتر کیفیت روابط جنسی از دیگر دلایل انتخاب سزارین توسط کادر درمانی زنان و زایمان در مطالعه حاضر بود که با نتایج مطالعه آریکان و همکاران (۲۰۱۱)

1. Patah LE, Malik AM. Models of childbirth care and cesarean rates in different countries. *Rev Saude Publica* 2011 Feb;45(1):185-94.
2. Yazdizadeh B, Nedjat S, Mohammad K, Rashidian A, Changizi N, Majdzadeh R. Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2011 Jul 5;11:159.
3. Arikan DC, Ozer A, Arikan I, Coskun A, Kiran H. Turkish obstetricians' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery on maternal request. *Arch Gynecol Obstet* 2011 Sep;284(3):543-9.
4. Sufang G, Padmadas SS, Fengmin Z, Brown JJ, Stones RW. Delivery settings and cesarean section rates in China. *Bull World Health Organ* 2007 Oct;85(10):755-62.
5. Decherney AH, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N. Current obstetric & gynecologic: diagnosis & treatment. 10<sup>th</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2007:469-75.
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams obstetrics*. 23<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2010:601-5.
7. Phadungkiatwattana P, Tongsakul N. Analyzing the impact of private service on the cesarean section rate in public hospital Thailand. *Arch Gynecol Obstet* 2011 Dec;284(6):1375-9.
8. Bragg F, Cromwell DA, Edozien LC, Guroi-Urganci I, Mahmood TA, Templeton A, et al. Variation in rates of caesarean section among English NHS trusts after accounting for maternal and clinical risk: cross sectional study. *BMJ* 2010 Oct 6;341:c5065.
9. Ostovar R, Rashidian A, Pourreza A, Hossein Rashidi B, Hantoozhadeh S, Eftekhar Ardebili H, et al. Developing criteria for Cesarean Section using the RAND appropriateness method. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010 Sep; 14;10:52. doi:10.1186/1471-2393-10-52.
10. Seyed Noori T, Jamshidi Arranaki F. [Survey the relationship between knowledge and attitude of pregnant woman requesting cesarean section referred to Rasht health centers and their choice] [Article in Persian]. *J Gillan Univ Med Sci* 2006;59:75-84.
11. Cotzias CS, Paterson-Brown S, Fisk NM. Obstetricians say yes to maternal request for elective caesarean section: a survey of current opinion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001 Jul;97(1):15-6.
12. Hantoozhadeh S, Rajabzadeh A, Saadati A, Mahdavian A, Ashrafinia N, Khazardoost S, et al. Cesarean or normal vaginal delivery: overview of physicians' self-preference and suggestion to patients. *Arch Gynecol Obstet* 2009 Jul;280(1):33-7.
13. Josefsson A, Gunnervik C, Sydsjö A, Sydsjö G. A comparison between Swedish midwives and obstetricians' & gynecologists' opinions on cesarean section. *Matern Child Health J* 2011 Jul;15(5):555-60.
14. Groom KM, Paterson-Brown S, Fisk NM. Temporal and geographical variation in UK obstetricians' personal preference regarding mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002 Jan;100(2):185-8.
15. Mostafazadeh F, Mashoofi M, Rostamnejad M. [Survey attitude of obstetrics team and pregnant woman about two method of delivery cesarean and vaginal delivery in Ardabil, 2004] [Article in Persian]. *J Ardabil Univ Med Sci* 2004;6(4):403-8.
16. Turner CE, Young JM, Solomon MJ, Ludlow J, Benness C, Phipps H. Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. *BJOG* 2008 Nov;115(12):1494-502.
17. Monari F, Di Mario S, Facchinetti F, Basevi V. Obstetricians' and midwives' attitudes toward cesarean section. *Birth* 2008 Jun;35(2):129-35.
18. Nelson RL, Westercamp M, Furner SE. A systematic review of the efficacy of cesarean section in the preservation of anal continence. *Dis Colon Rectum* 2006 Oct;49(10):1587-95.
19. Jacquemyn Y, Ahankour F, Martens G. Flemish obstetricians' personal preference regarding mode of delivery and attitude towards caesarean section on demand. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003 Dec;111(2):164-6.
20. Koken G, Cosar E, Sahin F.K, Tolga D, Arioiz, Duman Z, Aral İ. Attitudes towards mode of delivery and cesarean on demand in Turkey. *Int J Gynecol Obstet* 2007 Dec;99(3):233-5.
21. Florica M, Stephansson O, Nordström L. Indications associated with increased cesarean section rates in a Swedish hospital. *Int J Gynecol Obstet* 2006 Feb;92(2):181-5.
22. Safarinejad MR, Kolahi AA, Hosseini L. The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *J Sex Med* 2009 Jun;6(6):1645-67.
23. Klein MC, Liston R, Fraser WD, Baradaran N, Hearps SJ, Tomkinson J, et al. Attitudes of the new generation of Canadian obstetricians: how do they differ from their predecessors? *Birth* 2011 Jun;38(2):129-39.
24. Reime B, Klein MC, Kelly A, Duxbury N, Saxell L, Liston R, et al. Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth? *BJOG* 2004 Dec;111(12):1388-93.