

عوامل موثر بر تمایل به انتخاب سزارین

چکیده

دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۱۲ ویرایش: ۱۳۹۷/۰۲/۱۹ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۱۵ آنلاین: ۱۳۹۷/۰۷/۳۰

حمیده پاک‌نیت

راضیه اکبری*

گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

زمینه و هدف: به دلیل عوارض همراه با سزارین و آمار رو به افزایش آن در کشور، بررسی عوامل میدانی موثر بر این پدیده در بین گروه‌های مختلف اهمیت زیادی دارد. با توجه به این، هدف این پژوهش تحلیل عوامل موثر بر انتخاب سزارین برای به دنیا آوردن فرزند از دیدگاه زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان کوثر شهر قزوین بود.

روش بررسی: پژوهش کنونی در دانشگاه علوم پزشکی قزوین و در بیمارستان کوثر انجام شد. این پژوهش به صورت توصیفی-پیمایشی انجام شد که نمونه‌ی آماری آن را ۲۰۰ تن از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز دولتی و خصوصی تشکیل می‌داد که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در طی ماه‌های اردیبهشت تا اسفند ۱۳۹۵ انتخاب شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از اولویت‌بندی آیت‌ها در زمینه عوامل روان‌شناختی نشان داد، گزینه‌ی «از درد زایمان طبیعی می‌ترسم» و «با زایمان طبیعی بیشتر دچار استرس و اضطراب می‌شوم» اولویت اول را به خود اختصاص دادند. تفاوت معناداری بین زنان بارداری که تجربه پیشین داشتند و آن‌هایی که تجربه زایمان نداشتند، وجود نداشت. نتایج حاصل از آزمون مقایسه میانگین بین نگرش زنانی که تجربه زایمان پیشین داشتند و زنانی که تجربه زایمان نداشتند معنادار نبود. تنها عوامل فرهنگی-اجتماعی ($P=0/004$)، عوامل مربوط به شرایط زایمان ($P=0/001$)، پیامدهای زایمان ($P=0/017$) در بین زنان باردار با سطوح تحصیلات مختلف تفاوت وجود داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که بین دیدگاه زنان باردار با سطوح تحصیلات مختلف تفاوت وجود دارد، بنابراین در ارائه آموزش‌های پیش از بارداری به زنان باردار باید به سطح آموزش و تحصیلات آن‌ها توجه شود و متناسب با سطح تحصیلات آن‌ها به آن‌ها آموزش داده شود.

کلمات کلیدی: سزارین، عوامل فرهنگی-اجتماعی، پیامد زایمان.

* نویسنده مسئول: قزوین، بیمارستان کوثر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، گروه زنان و زایمان.

تلفن: ۰۲۸-۳۳۲۳۳۲۴

E-mail: raziehakbari9@gmail.com

مقدمه

آخرین آمار، در بیش از ۱۵۰ کشور دنیا، در حال حاضر ۱۸/۶٪ زایمان‌ها از طریق سزارین است که بین ۶ تا ۲۷/۲٪ در مناطق توسعه‌یافته و کمتر توسعه‌یافته است.

منطقه آمریکای جنوبی و کارائیب ۴۰/۵٪، آمریکای شمالی ۳۲/۳٪، اروپا ۲۵٪، آسیا ۱۹/۲٪ و آفریقا ۷/۳٪ است. این درحالی است که تحلیل داده‌های ۱۲۱ کشور بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۴ نشان داد، نرخ سزارین ۱۲/۴ (از ۶/۷ به ۱۹/۱٪) افزایش داشته است. بیشترین درصد مربوط به آمریکای لاتین و کارائیب ۱۹/۴٪، آسیا

افزایش چشمگیر در میزان سزارین در سراسر جهان به‌عنوان یکی از مشکلات سیستم بهداشتی شناخته شده است. سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که میزان سزارین در سال‌های اخیر ۱۰٪ در همه کشورها بوده که به‌تازگی به‌طور متوسط با افزایش ۱۵ درصدی همراه بوده است و این افزایش شیوع در همه کشورها به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه با نگرانی‌های زیادی همراه بوده است.^۱ بر اساس

این مسئله ۱۷۰ مورد انتخاب شد، اما برای اطمینان از نتایج پژوهش در نهایت ۲۰۰ پرسشنامه گردآوری و تجزیه و تحلیل شد.

اصول اخلاقی در پژوهش به طور کامل رعایت شد به نحوی که تمام اقدامات احتیاطی لازم جهت حفظ حریم خصوصی آزمودنی‌ها، محرمانه ماندن داده‌های مربوط به ایشان و همچنین کاهش تأثیر نامطلوب مطالعه بر سلامت جسمی و روانی آزمودنی‌ها انجام شد و مداخله به طور کامل داوطلبانه و اختیاری بود.

برای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای بر اساس پژوهش‌های Afradi Asbaghrani و Mohammadzadeh طراحی و تدوین شد.^۵ رویی پژوهش بر اساس نظرات اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های تهران و علوم پزشکی و خدمات درمانی قزوین چک شد. پرسشنامه شامل چندین بخش بود. بخش اول سوالات مرتبط با ویژگی‌های فردی و حرفه‌ای پاسخگویان بود. ویژگی‌هایی مانند سن، میزان تحصیلات، شاغل بودن، شغل همسر، تحصیلات همسر، درآمد ماهانه خانواده، سن ازدواج، نوع بارداری فعلی (خواسته یا ناخواسته)، تجربه زایمان، روش زایمان پیشین و غیره بود. بخش دوم سوالات مرتبط عوامل موثر بر تمایل به سزارین بود.

پرسش‌های این بخش به صورت طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (Likert scale) از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) ارزیابی شد (جدول ۱). برای سنجش پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's alpha coefficient) استفاده شد. ضرایب آلفا به ترتیب برای عوامل روان‌شناختی (۰/۸۵)، عوامل محیطی (۰/۸۸)، عوامل فرهنگی-اجتماعی (۰/۸۲)، عوامل مربوط به شرایط زایمان (۰/۷۶) و پیامدهای زایمان (۰/۸۲) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی مانند Student's t-test و تحلیل واریانس و SPSS software, version 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) استفاده شده است. $P < 0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از جدول توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس سن نشان داد که میانگین سن پاسخگویان ۲۷/۶ و انحراف معیار ۵/۵۶ سال بود. ۳۶٪ (۷۲ نفر) پاسخگویان زیر ۲۵ سال، ۵۵٪ (۱۱۱ نفر) بین ۲۶-۳۵ سال و ۹٪ (۱۷ نفر) بالای ۳۵ سال بودند. ۶۰٪ (۱۱۹ نفر) از

۱/۱۵/۸، اروپا ۱۳/۸، اقیانوسیه ۱۴/۱، آمریکای شمالی ۱۰٪ و آفریقا ۴/۵ بود.^۲

تعداد سزارین در ایران نیز به سرعت افزایش یافته و در صورت عدم بررسی و چاره‌اندیشی بیم آن می‌رود که در آینده‌ی نزدیک ۱۰۰٪ زایمان‌ها در شهرهای بزرگ با سزارین خاتمه یابد که هزینه‌های زیادی بر اقتصاد سلامت، سازمان بیمه‌گذار، خانواده و جامعه تحمیل خواهد شد.^{۳و۴} در حال حاضر، کشور ایران با داشتن دومین میزان سزارین در جهان، پس از کشور تایوان و با نسبت ۵۴٪ وضعیت نامطلوبی دارد.^۵

نتایج مطالعات پیشین در کشور حاکی از آگاهی میانگین و نگرش کنشی نسبت به زایمان سزارین است.^۶ با توجه به افزایش آمار سزارین، امروزه بیشتر کشورهای پیشرفته با انجام یک‌سری اقدامات مداخله‌ای سعی در کاهش میزان سزارین نموده‌اند، بنابراین راهنمایی و آموزش زنان باردار می‌تواند باعث کاهش سزارین‌های غیرضروری شود و مادران قادر می‌شوند با کسب آگاهی لازم و صلاح‌دید پزشکی روش مناسب را انتخاب کنند.^۷

با توجه به این مسئله هدف پژوهش کنونی تحلیل دیدگاه زنان باردار در خصوص عوامل موثر بر انتخاب سزارین بود.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-تحلیلی در بین زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان کوثر شهر قزوین در طی ماه‌های اردیبهشت تا اسفند ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش را زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان کوثر شهر قزوین تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان بارداری بود که در ماه‌های آخر بارداری قرار داشتند و تصمیم گرفته بودند که نوع زایمان خود را انتخاب کنند، بنابراین پرسشنامه‌ها به صورت داوطلبانه در اختیار زنان باردار قرار گرفت و تکمیل شد و هیچ‌گونه اجباری مطرح نشد.

از آنجایی که تعداد دقیق زنان باردار مشخص نبود در چندین نوبت تلاش شد تا تعداد نمونه هر چه بیشتر انتخاب شوند. با توجه به تکنیک تحلیل عاملی، تعداد نمونه مورد نیاز برای تحلیل حداقل بایستی پنج برابر تعداد سوالات باشد. تعداد نمونه نهایی با توجه به

جدول ۱: اولویت‌بندی عوامل موثر بر انتخاب زایمان

میانگین	انحراف معیار	ضریب تغییرات
عوامل روان‌شناختی		
۳/۴۳	۱/۱۹	۰/۳۵
۳/۱۷	۱/۲	۰/۳۸
۳/۱۸	۱/۲۲	۰/۳۸۶
۲/۸	۱/۲۱	۰/۴۳۴
۲/۴۶	۱/۰۸	۰/۴۴۲
۲/۴۹	۱/۱۵	۰/۴۶۳
۲/۴۲	۱/۱۳	۰/۴۶۷
۲/۳۴	۱/۱۷	۰/۵
عوامل محیطی		
۲/۷۲	۱/۰۱	۰/۴۴۵
۲/۴۴	۱/۰۸	۰/۴۴۶
۲/۵۸	۱/۱۵	۰/۴۴۶
۲/۱۷	۰/۹۹	۰/۴۵۷
۲/۲۳	۱/۰۸	۰/۴۸۸
عوامل فرهنگی-اجتماعی		
۳/۰۳	۱/۱۶	۰/۳۸۴
۲/۶۶	۱/۰۵	۰/۳۹۶
۲/۵۹	۱/۰۶	۰/۴۱
۲/۵۵	۱/۰۷	۰/۴۲۱
۲/۴۵	۱/۰۵	۰/۴۲۸
۲/۵۸	۱/۱۳	۰/۴۳۸
۲/۶۵	۱/۱۸	۰/۴۴۶
۲/۴۹	۱/۱۱	۰/۴۴۶
۲/۵	۱/۱۳	۰/۴۵۵
عوامل مربوط به شرایط زایمان		
۳/۳۵	۱/۱۴	۰/۳۴۱
۳/۱۱	۱/۱۳	۰/۳۶۶
۳/۰۶	۱/۱۵	۰/۳۷۶
۲/۷۶	۱/۱۸	۰/۴۲۹
۲/۷۲	۱/۲	۰/۴۴۱
پیامدهای زایمان		
۳/۲۸	۱/۰۷	۰/۳۲۷
۳/۲۱	۱/۰۷	۰/۳۳۳
۲/۹۱	۰/۹۹	۰/۳۴
۳/۲۱	۱/۰۹	۰/۳۴
۳/۰۴	۱/۰۵	۰/۳۴۷
۲/۹	۱/۱۱	۰/۳۸۴
۲/۷۷	۱/۱	۰/۳۹۸

فراوانی: ۲۰۰

«از نظر طبی، مشکلی برای زایمان طبیعی ندارم، ولی پزشکم توصیه کرده که بهتر است به روش سزارین زایمان کنم» (۲/۵۹) اولویت نخست را به خود اختصاص دادند.

در بین عوامل مربوط به شرایط زایمان، «تحمل درد زایمان طبیعی به تنهایی (بدون حضور همسر، مادر یا یک همراه) برای دشوار است» (۳/۳۵) و «در کل، زایمان به روشی که تجهیزات پزشکی بیشتر و پیشرفته‌تری به کار گرفته شوند بهتر است» (۳/۱۱) اولویت نخست را به خود اختصاص دادند و «در روش سزارین، سر نوزاد تحت فشار قرار نخواهد گرفت» (۳/۲۸) و «در روش سزارین پارگی غیرکنترل‌شده و ناگهانی رحم و بافت لگنی کمتر اتفاق می‌افتد» (۳/۲۱) در بخش پیامدهای زایمان اولویت اول را دارا بودند.

جدول ۱، اولویت عوامل موثر بر انتخاب زایمان را در هر بخش نشان می‌دهد.

برای بررسی تفاوت بین نگرش زنان بر اساس تجربه‌ی زایمان پیشین از Student's t-test استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون مقایسه میانگین نشان داد که Student's t-test برای نگرش زنان در سطح ۵٪ معنادار نبوده و فرض پژوهش رد می‌شود.

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین نگرش زنان باردار بر اساس سطح تحصیلات در سه بعد تفاوت مثبت و معناداری وجود

پاسخگویان دیپلم و زیردیپلم و ۴۰٪ (۸۰) لیسانس و بالاتر بودند. ۴/۵٪ (۹ نفر) از همسران آنها، بی‌سواد بودند، ۵۹/۵٪ (۱۱۹) دیپلم و ۳۶٪ (۷۲) دارای تحصیلات عالی بودند. ۳۱٪ (۶۱ نفر) تجربه زایمان داشتند و ۶۹٪ (۱۳۹ نفر) بدون تجربه بودند. از بین زنانی که تجربه زایمان داشتند، ۴۸٪ (۲۹ نفر) زایمان طبیعی و ۵۲٪ (۳۲ نفر) تجربه سزارین داشتند. تنها سه، چهار و ۱۲٪ زنان به ترتیب سابقه‌ی نوزاد ناهنجار، نازایی و بیماری خاص داشتند.

نتایج حاصل از اولویت‌بندی آیتم‌ها در زمینه‌ی عوامل روان‌شناختی نشان داد گزینه «از درد زایمان طبیعی می‌ترسم» (۳/۴۳) و «با زایمان طبیعی بیشتر دچار استرس و اضطراب می‌شوم» (۳/۱۷) اولویت‌های اول را به خود اختصاص دادند. این در حالی است که «روش سزارین با شرایط شغلی من سازگاری بیشتری دارد» (۲/۲۷) و «در زمینه‌ی زایمان طبیعی آموزشی ندیده‌ام، برای همین ترجیح می‌دهم از سزارین استفاده کنم» (۲/۴۴) بیشترین اولویت را در حوزه عوامل محیطی به خود اختصاص داد. از بین عوامل فرهنگی-اجتماعی، «در روش سزارین، امکان پیش‌بینی یا حتی تعیین روز و زمان تولد نوزاد وجود دارد»، «به نظر من تبلیغات رسانه‌ها مانند فیلم‌های تلویزیون و ماهواره و مطالب اینترنت و روزنامه‌ها نقش مهمی در تمایل زنان باردار به زایمان سزارین دارند» (۲/۶۶) و

جدول ۲: مقایسه عوامل موثر بر انتخاب سزارین بر اساس داشتن تجربه و عدم تجربه‌ی زایمان پیشین

عامل	تجربه	فراوانی	میانگین	انحراف‌معیار	P
روان‌شناختی	بله	۶۱	۲۲/۶	۶/۸۴	۰/۶۶۷
	خیر	۱۳۹	۲۲/۱۷	۶/۴۳	
محیطی	بله	۶۱	۱۲/۳۲	۴/۴۳	۰/۱۸۷
	خیر	۱۳۹	۱۱/۴۳	۴/۳۹	
فرهنگی-اجتماعی	بله	۶۱	۲۴/۰۸	۸۹۵	۰/۴۰۷
	خیر	۱۳۹	۲۳/۲۶	۶/۶	
عوامل مربوط به شرایط زایمان	بله	۶۱	۱۵/۳۹	۴/۰۴	۰/۴۰۲
	خیر	۱۳۹	۱۴/۸۵	۴/۲۱	
پیامدهای زایمان	بله	۶۱	۲۲/۱۶	۵/۷۷	۰/۱۴
	خیر	۱۳۹	۲۰/۹۷	۴/۹۹	

آزمون آماری مورد استفاده: Student's t-test و سطح معناداری ۰/۰۵ می‌باشد.

جدول ۳. مقایسه عوامل موثر بر انتخاب سزارین بر اساس سطح تحصیلات

عامل	گروه‌ها	میانگین	P
روان‌شناختی	بین گروه‌ها	۶۳/۶۳	۰/۲۲۰
	درون گروه‌ها	۴۲/۸۲	
محیطی	بین گروه‌ها	۱۴/۴۸	۰/۵۳۲
	درون گروه‌ها	۱۹/۶۷	
فرهنگی-اجتماعی	بین گروه‌ها	۱۷۳/۲	**۰/۰۰۴
	درون گروه‌ها	۳۷/۸۷	
عوامل مربوط به شرایط زایمان	بین گروه‌ها	۹۰/۲	**۰/۰۰۱
	درون گروه‌ها	۱۶/۱۹	
پیامدهای زایمان	بین گروه‌ها	۹۱/۰۰	*۰/۰۱۷
	درون گروه‌ها	۲۶/۲	

آزمون آماری مورد استفاده: ANOVA و سطح معناداری ۰/۰۵ می‌باشد.

احساس ترس به سمت سزارین رفته‌اند.^{۸-۱۰} Hopkins معتقد است پزشکان در متقاعد کردن بیماران به انتخاب سزارین نقش دارند و خود به صورت غیرمستقیم باعث افزایش میزان سزارین می‌شوند. وی اظهار می‌کند که در صورتی که پزشکان آگاهی‌های لازم را در اختیار بیماران قرار دهند، نقش مهمی در انتخاب زایمان طبیعی خواهند داشت.^{۱۱} بنابراین بایستی تدابیری اتخاذ شود که مشاوره‌های پیش از زایمان و آموزش‌های بارداری برای زنان باردار اجباری شود، شاید با این روش درصدی از سزارین‌های بدون اندیکاسیون کاهش یابد و هزینه‌های کمتری به کشور و بیماران تحمیل شود. همچنین Lawrie و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که با دادن آگاهی کافی در مورد عوارض سزارین به مادران می‌توان به آن‌ها کمک کرد تا بتوانند بر ترس ناشی از زایمان طبیعی غلبه کنند.^{۱۲}

در ایران برخی پژوهشگران در گزارش خود نظر پزشک را در انتخاب سزارین به عنوان روش زایمان، دخیل می‌دانند. بر اساس نتایج Sharifirad و همکاران، تأثیر پزشک را در نوع زایمان ۰/۵۵، همسر را ۱۳٪ و مادر را ۱۲/۷٪ می‌دانند.^{۱۳}

در زمینه عوامل محیطی سازگاری سزارین با شرایط شغلی و عدم آموزشی در زمینه زایمان طبیعی از جمله دلایلی بودند که زنان در انتخاب سزارین اظهار کردند. بنابراین با استفاده از برنامه‌های آموزشی امکان تغییر رویه و نگرش زنان باردار وجود دارد. مطالعه Roby و Woodson با هدف بررسی میزان تأثیر آموزش تغذیه با شیر مادر بر آگاهی و نگرش مادران، تأثیر مثبت آموزش بر افزایش میزان آگاهی مادران را نشان داد.^{۱۴} مطالعه Peyman و همکاران نشان داد، برنامه آموزشی بر افزایش میزان آگاهی مادران تأثیر دارد.^{۱۵} همچنین پژوهش Besharati و همکاران در ایران بر روی ۷۲ نفر از زنان باردار با هدف تعیین تأثیر برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر تئوری برنامه‌ریزی‌شده در انتخاب روش زایمان انجام شد، پس از انجام مداخله آموزشی تفاوت میانگین نمره آگاهی بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر آماری معنادار بود.^۶ همچنین در مطالعه Tahvildari و همکاران با عنوان «نقش آموزش بر انجام خودآزمایی» نشان داده شد که آموزش در بالابردن سطح آگاهی و در نتیجه ارتقای انجام خودآزمایی ماهیانه پستان نقش موثری دارد.^{۱۶}

بر اساس مطالعات صورت گرفته،^{۱۷} در ایران با وجود دسترسی همه زنان به مراقبت‌های پره‌ناتال (پیش از تولد) کمابیش هیچ نوع

دارد (عوامل فرهنگی-اجتماعی $P=۰/۰۰۴$ ، عوامل مربوط به شرایط زایمان $P=۰/۰۰۱$ ، پیامدهای زایمان $P=۰/۰۱۷$). نتایج آزمون‌های دانکن نشان داد که در زمینه عوامل فرهنگی-اجتماعی بین نگرش زنانی که دیپلم و زیردیپلم بودند با زنانی که لیسانس و بالاتر بودند تفاوت وجود داشت ($P<۰/۰۰۵$). در زمینه عوامل مربوط به شرایط زایمان بین نگرش زنانی که دیپلم و زیردیپلم بودند با زنانی که لیسانس و بالاتر بودند تفاوت وجود داشت ($P<۰/۰۰۱$). در زمینه عوامل پیامدهای زایمان نیز بین نگرش زنانی که دیپلم و زیردیپلم بودند با زنانی که لیسانس و بالاتر بودند تفاوت وجود داشت ($P<۰/۰۰۵$).

بحث

اولویت‌بندی عوامل روان‌شناختی موثر بر تمایل به سزارین نشان داد که ترس از درد زایمان طبیعی و استرس و اضطراب ناشی از زایمان طبیعی از عواملی هستند که زنان به سمت زایمان سزارین تمایل نشان می‌دهند. پژوهش‌های متعددی در ایران و جهان به مسئله ترس زنان از زایمان طبیعی اشاره کرده‌اند که به واسطه آن زنان به علت

تخصصی با توجه به سطوح تحصیلاتی آن‌ها می‌تواند مثرتر باشد و به زنان باردار کمک کند تا به‌طور دقیق‌تر زایمان طبیعی خود را انتخاب کنند. در مطالعه Okonkwo و همکاران، دلیل تقاضای سزارین، ترس از درد زایمان و ترس از نتایج زایمان طبیعی بود.^{۱۱} یکی از مؤثرترین راه‌های مقابله با استرس و درد زایمان استفاده از روش‌های غیردارویی است. مطالعات انجام‌شده نشان داده است که تن‌آرامی موجب کاهش ترس از زایمان، تسهیل و تسریع روند زایمان می‌گردد. تن‌آرامی و تصویرسازی روی اعصاب اتونوم تأثیر گذاشته و سبب آرامش می‌شود. انجام تمرینات منظم تن‌آرامی در طی حاملگی، میزان موفقیت مادر در انجام تن‌آرامی طی لبر را افزایش می‌دهد. تمرینات تن‌آرامی و تصویرسازی از زایمان در طی حاملگی می‌تواند احساسات مادران باردار را نسبت به کودک متولد‌نشده قوی ساخته و به تطابق مادری کمک نماید. افزون‌براین سازگاری مثبت افزایش یافته، به‌طور چشمگیری با سلامت عمومی زن باردار مرتبط بوده و به پیوند عاطفی مادر و جنین کمک می‌کند.^{۲۲}

امروزه، پزشکان یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده شیوه زایمان هستند. مسایل اقتصادی و اجتماعی در تصمیم‌گیری پزشک نسبت به عمل سزارین اهمیت خاصی دارد. از آنجاکه هزینه‌های عمل سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی بیشتر است، بنابراین پزشکان نسبت به انجام سزارین تمایل بیشتری دارند.^{۳۳} به همین دلیل است که شاید برخی از زنان اظهار کرده‌اند که از نظر طبی، مشکلی برای زایمان طبیعی ندارم، ولی پزشکم توصیه کرده که بهتر است به روش سزارین زایمان کنم. بنابراین انجام عمل سزارین قاعداً باید محدود به مواردی شود که زایمان طبیعی از طریق کانال طبیعی میسر نیست و یا با مخاطرات جدی برای مادر و جنین همراه است.

شاید نظارت دستگاه‌های سلامت و بهداشتی در این زمینه موثر باشد و به‌عنوان نمونه پرداخت هزینه به پزشکان به‌ازای هر بیمار بایستی مانند بسیاری از سیستم‌های بهداشتی حذف شود و به‌جای آن سیستم پرداخت یکسان به پزشکان انجام شود. با این روش شاید تعداد کمتری از پزشکان برخی از بیماران را ترغیب به سزارین‌های بدون اندیکاسیون کنند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین دیدگاه زنان باردار با سطوح تحصیلات مختلف تفاوت وجود دارد.

سپاسگزاری: این مقاله حاصل مشارکت با مرکز توسعه و تحقیقات بالینی بیمارستان کوثر قزوین است. بدین وسیله از کلیه همکارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند سپاسگزاریم.

برنامه سازمان‌یافته‌ای در خصوص آرایه آموزش زایمان، در سیستم مراقبت‌های پیش از تولد وجود ندارد. زنان باردار ایرانی، تنها اطلاعات مختصری را طی پنج تا ۱۰ دقیقه مراقبت معمول بارداری، دریافت می‌کنند.

در این راستا Abdolahi و همکاران اولین گام مؤثر، جهت کاهش سزارین انتخابی را افزایش آگاهی زنان باردار در خصوص زایمان ایمن و مزایای زایمان طبیعی می‌دانند.^{۱۸} Bartlett عنوان نمود که افزایش آگاهی منجر به تغییر نگرش و در نهایت تغییر رفتار بهداشتی می‌شود.^{۱۹} از سوی Pan و همکاران طی مطالعه‌ای نشان دادند، افزایش آگاهی و مهارت مادران طی بارداری در کوتاه‌مدت موجب افزایش اعتماد به‌نفس آن‌ها شده و دانش آن‌ها را در خصوص بارداری و تصمیم‌گیری‌های بعدی ارتقا می‌بخشد.^{۲۰} و در بلندمدت، باعث کاهش عوارض ناشی از تولد نوزاد کم‌وزن و اعمال این آگاهی‌ها و رفتارها در حاملگی‌های بعدی می‌شود.

در زمینه عوامل فرهنگی-اجتماعی در روش سزارین، امکان پیش‌بینی یا حتی تعیین روز و زمان تولد نوزاد وجود دارد و تبلیغات رسانه‌ها مانند فیلم‌های تلویزیون و ماهواره و مطالب اینترنت و روزنامه‌ها نقش مهمی در تمایل زنان باردار به زایمان سزارین دارند، اولویت ابتدایی را داشتند. بنابراین سازمان‌های بهداشتی بایستی در این راستا گام‌هایی را برداشته و اقدام به آرایه برنامه‌های رسانه جمعی با این محوریت نمایند. همچنین با استفاده از معاینات دقیق‌تر و استفاده از فناوری‌های نوین امکان مشخص کردن زمان دقیق‌تر زایمان طبیعی را مشخص کنند.

تحمل درد زایمان طبیعی به‌تنهایی (بدون حضور همسر، مادر یا یک همراه) برایم دشوار است و در کل، زایمان به‌روشی که تجهیزات پزشکی بیشتر و پیشرفته‌تری به‌کار گرفته شوند بهتر است، جزو عوامل مربوط به شرایط زایمان بودند. به‌نظر می‌رسد در صورتی که شرایطی فراهم شود همسران یا یکی از نزدیکان خانم‌های باردار در برخی از مراحل آن‌ها را همراهی کنند، از نظر روان‌شناختی تأثیر مثبتی بر زنان داشته باشد. همچنین باید به زنان گوشزد کرد که و به آن‌ها آموزش‌های لازم آرایه شود که تلقی آن‌ها از اینکه سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی یک روش با درد و عوارض کمتر است، اشتباه است.

مسئله دیگر بحث برخی عوامل و شرایط بود بین گروه‌های مختلف تحصیلاتی تفاوت وجود داشت. بنابراین فارغ از اینکه زنان باردار تحصیل‌کرده هستند یا تحصیلات مقدماتی دارند، آرایه آموزش‌های

References

1. Lee AS, Kirkman M. Disciplinary discourses: rates of cesarean section explained by medicine, midwifery, and feminism. *Health Care Women Int* 2008;29(5):448-67.
2. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR4. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One* 2016;11(2):e0148343.
3. Azizi F. Dramatic increase in Cesarean delivery. *J Res Med Sci* 2007;31(3): 191-3. [Persian]
4. Sharifi Zad M. Compare outcomes form mothers and infants delivered vaginally and cesarean section in selected hospitals in Tehran. (Dissertation. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2009. [Persian]
5. Alimohammadzadeh KH, Afradi Asbaghrani P. The effective determinants in willingness to cesarean section (The case of pregnant women in Tehran). *Woman Dev Polit (Women's Research)* 2015;13(3):357-76.
6. Faramarzi M. The survey of knowledge and attitude pregnant women related to normal delivery. *J Babol Univ Med Sci* 2002;4:39-42. [Persian]
7. Besharati F, Hazavehei SMM, Mocini B, Moghimbeigi A. Effect of educational interventions based on Theory of Planned Behavior (TPB) in selecting delivery mode among pregnant women referred to Rasht health centers. *J Zanjan Univ Med Sci* 2011;19(77):94-106.
8. D'Souza R. Caesarean section on maternal request for non-medical reasons: putting the UK National Institute of Health and Clinical Excellence guidelines in perspective. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013;27(2):165-77.
9. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(3):CD004660.
10. Zhang J, Troendle J, Reddy UM, Laughon SK, Branch DW, Burkman R, et al; Consortium on Safe Labor. Contemporary cesarean delivery practice in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(4):326.e1-326.e10.
11. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc Sci Med* 2000;51(5):725-40.
12. Lawrie TA, de Jager M, Hofmeyr GJ. High cesarean section rates for pregnant medical practitioners in South Africa. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;72(1):71-3.
13. Sharifirad GHR, Fathian Z, Tirani M, Mahaki B. Study on behavioral intention model (BIM) to the attitude of pregnant women toward normal delivery and cesarean section in province of Esfahan Khomeiny Shahr-2005. *J Ilam Univ Med Sci* 2007;15(1):19-24.
14. Roby JL, Woodson KS. An evaluation of a breast-feeding education intervention among Spanish speaking families. *Soc Work Health Care* 2004;40(1):15-31.
15. Peyman A, Shishegar F. Comparison of breastfeeding education effect on knowledge and practice in cesarean and normal vaginal delivery mothers. *J Uremia Nurs Midwifery Faculty* 2007;5(4):176.
16. Tahvildari S, Shojaei Zadeh D, Mohamad K. The effect Teaching BSE in Knowledge women. *J Med* 2007;3. [Persian]
17. TorkZahrani S. Commentary: childbirth education in Iran. *J Perinat Educ* 2008;17(3):51-4.
18. Abdolahi, P, Mohamadzadeh L, Haghayii H. Benefits and harms of vaginal delivery and unneeded cesarean section. *Behvarz J* 2012;23(1):62-4. [Persian]
19. Bartlett EE. The contribution of school health education to community health promotion: what can we reasonably expect? *Am J Public Health* 1981;71(12):1384-91.
20. Pan E, Gross D, Gross A, Bello D. Prenatal power--education for life. *Public Health Rep* 1996;111(6):541-5.
21. Okonkwo NS, Ojengbede OA, Morhason-Bello IO, Adedokun BO. Maternal demand for cesarean section: perception and willingness to request by Nigerian antenatal clients. *Int J Womens Health* 2012;4:141-8.
22. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(11):1315-9.
23. Imani A, Lajvardi Z, Motahhar S, Rasouli M, Ghadimi M, Chobsaz A, Razeghian S. Affecting factors the choice of delivery and attitude of pregnant women admitted to the civil hospitals, the Social Security Organization in 2013. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2014;21(2):310-9.

Effective factors to select cesarean-section

Hamideh Pakniat M.D.
Razieh Akbari M.D.*

Department of Obstetrics and Gynecology, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

* Corresponding author: Department of Obstetrics and Gynecology, Qazvin University of Medical Sciences, Kosar Hospital, Qazvin, Iran.
Tel: +98 28 3323 6374
E-mail: raziehakbari9@gmail.com

Abstract

Received: 02 May 2018 Revised: 09 May 2018 Accepted: 07 Oct. 2018 Available online: 22 Oct. 2018

Background: A significant increase in cesarean section in worldwide is known as one of the health system problems. The WHO has estimated that cesarean section in recent years has been 10% in all countries. Despite the increasing popularity of cesarean section, the literature lacks insights about factors affecting the selection of this delivery method. In this vein, this study investigates the factors affecting the choice of cesarean-section from the perspective of pregnant women.

Methods: The sample of this descriptive and analytical study is 200 pregnant women selected using simple random sampling method in Kosar Hospital in Qazvin Province, Iran. The survey questionnaire was used for data collection from March to September of 2017. In order to evaluate the validity and reliability of the research, expert's opinion and Cronbach alpha coefficient have been used. The questionnaire included scales designed to measure effective factor. Statistical package for social science software (SPSS) version 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) were used to analyses the data. T-test and ANOVA were used to compare groups.

Results: The results of prioritizing the items in terms of psychological factors showed that the statements "I am afraid of the pain of normal labor" and "I feel higher stress and anxiety with natural labor were the first priorities". There was no significant difference between pregnant women who had previous experience and those who did not have a delivery experience. The results of the mean comparison test showed no significant difference between the attitudes of women with previous delivery experience and women who did not have a delivery experience. There were only differences between socio-cultural factors ($P= 0.004$), factors related to delivery conditions ($P= 0.001$), consequences of delivery ($P= 0.017$) among pregnant women with different levels of training.

Conclusion: The results of this study revealed that there is a difference between the attitudes of pregnant women and different levels of education, so pre-pregnancy training should be provided to pregnant women.

Keywords: cesarean section, socio-cultural factor, cesarean consequences.