

مجله پرستاری و مامایی تبریز

شماره ۱۸ (تابستان ۱۳۸۹) ص ۴۸-۴۰

## ترجیح‌های متخصصین زنان – زایمان و ماماها در مورد زایمان خود و نوع زایمان پیشنهادی به زنان باردار و علل آن

سهیلا بانی: کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز ( نویسنده رابط)

Email: bani1343@yahoo.com

آلپه سیدرسولی: کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

طاهره شمس قریشی: کارشناس ارشد مامایی

دکتر مرتضی قوجازاده: دکترای فیزیولوژی، استادیار دانشکده پزشکی تبریز

شیرین حسن پور: کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

دریافت: ۸۹/۷/۱۳ پذیرش: ۸۹/۱۰/۲۸

### چکیده

**مقدمه:** زایمان یک واقعه‌ی پراسترس می‌باشد که زنان باردار جهت سازگاری با آن نیازمند کمک افراد دیگر می‌باشند. در بین ارایه دهندگان خدمات بهداشتی، عاملین زایمان (متخصصین زنان و زایمان و ماماها) نقش ویژه‌ای در این زمینه بر عهده دارند و به نظر می‌رسد که ترجیح‌ها این گروه در رابطه با نوع زایمان خود بر امر مشاوره در دوران بارداری جهت انتخاب نوع زایمان زنان باردار تأثیرگذار باشد. هدف از این مطالعه تعیین نوع زایمان ترجیحی عاملین زایمان برای خود و نوع زایمان پیشنهادی آنان به زنان باردار و همچنین ارتباط بین نوع زایمان ترجیحی خود با نوع زایمان پیشنهادی آنان به زنان باردار می‌باشد.

**مواد و روشها:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- همبستگی می‌باشد که در سال ۱۳۸۸ انجام شد. پس از تعیین روایی و پایایی ابزار، پرسشنامه‌ای که حاوی برخی مشخصات فردی - اجتماعی، تاریخچه بارداری و زایمان و سؤالاتی در مورد اهداف پژوهش بود، در اختیار نمونه‌های مورد پژوهش قرار گرفت. در این پژوهش، ۱۵۳ نفر ماما و ۹۰ نفر متخصص زنان و زایمان بنا به تمایل شخصی خود اقدام به تکمیل پرسشنامه نمودند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، آزمون مجذور کای و آزمون t برای گروه‌های مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** سزارین، زایمان ترجیحی ۶۲/۲ درصد متخصصین زنان و زایمان و ۵۷/۶ درصد ماماها با حاملگی اول برای خود و زایمان پیشنهادی ۳۳/۷ درصد متخصصین زنان و زایمان و ۱۷/۶ درصد ماماها به زنان باردار بدون اندیکاسیون سزارین بود. همچنین ارتباط آماری معنی‌داری بین نوع زایمان ترجیحی عاملین زایمان برای خود و نوع زایمان پیشنهادی آنان به زنان باردار مشاهده گردید.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نوع زایمان پیشنهادی به زنان باردار توسط عاملین زایمان تحت تأثیر نوع زایمان ترجیحی برای خودشان می‌باشد. داشتن ترجیح مثبت عاملین زایمان نسبت به سیر زایمان طبیعی، می‌تواند بر عملکرد آنان در امر مشاوره به مادران باردار در رابطه با نوع زایمان و میزان تلاش برای انجام زایمان طبیعی تأثیرگذار باشد.

**کلمات کلیدی:** ترجیح‌ها/ متخصصین زنان/ ماماها/ نوع زایمان / زن باردار

### مقدمه

سزارین در بیشتر کشورهای دنیا از جمله ایران بسیار بالا و در حال افزایش است (۲). در ایران در بررسی سال ۱۳۵۵، شیوع سزارین ۱۹/۵ درصد بوده و طبق آمار و ارقام اعلام شده در سال ۱۳۸۵، میزان سزارین در کشور ما به ۴۲/۳ درصد رسید (۱). مطالعات اخیر سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد می‌کند که بهترین

زایمان یکی از موهبت‌های الهی برای تولید نسل بشر بر روی زمین می‌باشد که از بدو تولد آدمی تاکنون همواره ادامه داشته است با پیشرفت علم و تکنولوژی طی دهه‌های اخیر بشر به راه‌هایی دست یافت که با عمل جراحی در مواردی که جان مادر یا جنین در خطر بود به کمک آن‌ها شتافت (۱). امروزه آمار

زایمان درمورد زایمان خود و زایمان پیشنهادی آنان به زنان باردار وجود دارد؟ همچنین در این مطالعه به علل نوع زایمان انتخابی عاملین زایمان برای خود و زنان باردار نیز خواهیم پرداخت. امید است با نتایج این پژوهش گامی در جهت کاهش سزارین‌های غیر ضروری به منظور ارتقای سلامت مادران و تامین رفاه جسمی، روانی و اجتماعی آنان برداشته باشیم.

### موادوروشها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-همبستگی است که با هدف تعیین ترجیح‌ها عاملین زایمان در رابطه با نوع زایمان خود و نوع زایمان پیشنهادی آنان به زنان باردار صورت گرفته است. به دلیل تعداد کم نمونه‌ها، از تمامی ماماها‌ی شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهرستان‌های اطراف تبریز (که خود مستقیماً مسوول اداره بیمار در لیبر و اتاق زایمان بودند) و کلیه متخصصین زنان و زایمان آذربایجان شرقی درخواست گردید که در مطالعه شرکت نمایند. تعداد ۹۰ نفر از کل ۱۱۰ نفر از متخصصین زنان و زایمان آذربایجان شرقی و ۱۵۳ نفر از ۱۷۰ کل نفر ماماها‌ی شاغل در زایشگاه‌های شهرستان‌های اطراف تبریز که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، با تمایل شخصی خود در این مطالعه وارد شدند. روند جمع‌آوری اطلاعات ۶ ماه طول کشید (تیر ماه تا آذر ماه سال ۱۳۸۸). ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بود که قسمت اول آن مربوط به مشخصات فردی-اجتماعی شامل سن، مدت اشتغال، وضعیت تأهل، قسمت دوم مربوط به تاریخچه حاملگی شامل سابقه بارداری و زایمان، نوع زایمان و در صورت داشتن سابقه سزارین انتخابی، علل انتخاب سزارین می‌باشد و قسمت سوم پرسشنامه مربوط به نوع زایمان ترجیحی ماماها برای خود در صورتی که خود را در شرایطی فرض کنند که برای اولین بار باردار بوده، دارای جنین یک قلوی ترم با وزن تخمینی ۳۵۰۰ گرم و بدون اندیکاسیون سزارین باشند و عللی که منجر به ترجیح سزارین برای خود شده است و آخرین قسمت نوع زایمان

نتایج مادری و نوزادی با سزارین ۱۰-۵ درصد حاصل می‌شود و به نظرمی‌رسد که میزان بالای ۱۵ درصد می‌تواند آسیب زنده باشد (۳). رضایت مادر از تجربه زایمان به میزان زیادی به تصمیم‌گیری وی در مورد نوع زایمان خود بستگی دارد، همچنین نگرش مثبت مراقبین مادران باردار نسبت به زایمان طبیعی و با سزارین در امر مشاوره در دوران بارداری جهت انتخاب نوع زایمان حایز اهمیت است (۴). ترجیح و مصلحت عاملین زایمان و همچنین مسائل فرهنگی نقش مهمی بر اولویت‌های مادری و درخواست وی برای سزارین ایفاء می‌کند (۷، ۶، ۵). کالج آمریکایی زنان و زایمان اظهار کرده است که اگر عاملین زایمان عقیده داشته باشند که زایمان سزارین سلامت مادر و جنین را بیشتر از زایمان واژینال بهبود می‌بخشد اخلاقاً باید زایمان سزارین را تصدیق نمایند و اگر عقیده داشته باشند که زایمان سزارین ممکن است برای سلامت مادر و جنین زیان‌آور باشد اخلاقاً باید از این کار صرف‌نظر نمایند (۸). ما باید همیشه این نکته را در نظر داشته باشیم که پزشکان به خصوص متخصصین زنان و زایمان مراجعی هستند که بیماران در رابطه با تعیین نوع زایمان به آن‌ها رجوع می‌کنند و این افراد نقش کلیدی ایفاء می‌کنند. مهم‌ترین فرد برای اکثر مادران پزشک و در درجات بعدی شوهر، مادر و دوستان وی می‌باشند و بنابراین تبعیت از نظرات و پیشنهادها‌ی آنان نیز منطقی می‌باشد و این موضوع اهمیت نقش پزشکان را بر تصمیم‌گیری زنان نسبت به زایمان طبیعی و سزارین نشان می‌دهد (۱). از آنجایی که عاملین زایمان یکی از قابل اعتمادترین افراد از طرف خانواده‌ها برای ارایه مشاوره در زمینه تعیین نوع زایمان می‌باشند و نوع زایمان پیشنهادی آن‌ها نقش غیر قابل انکاری بر زایمان ترجیحی زنان باردار دارد، بر آن شدیم تا پژوهشی در این مورد با پاسخ به سؤالات زیر انجام دهیم. ۱- ترجیح‌ها عاملین زایمان در مورد زایمان خود چیست؟ ۲- نوع زایمان پیشنهادی عاملین زایمان به زنان باردار چیست؟ ۳- چه ارتباطی بین ترجیح‌ها عاملین

مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها، پرسشنامه را در اختیار نمونه‌ها قرار داده و پس از تکمیل، پرسشنامه‌ها، آن‌ها را جمع‌آوری کرد. عدم برگرداندن تعدادی از پرسشنامه‌ها و عدم پاسخ به تعدادی از گویه‌ها توسط عاملین زایمانی از محدودیت‌های این پژوهش بود. داده‌های بدست آمده از مطالعه با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، آزمون مجذور کای، آزمون دقیق فیشر و آزمون t برای گروه‌های مستقل و به وسیله نرم افزار آماری SPSS Ver16 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

### یافته‌ها

نتایج پژوهش حاضر در پاسخ به سؤال اول پژوهش نشان داد که زایمان ترجیحی ۵۷/۶ درصد ماماها و ۶۲/۲ درصد متخصصین زنان و زایمان در صورتی که در شرایطی که خود را باردار گراوید اول، دارای جنین تک قلوئی ترم با وزن تخمینی ۳/۵ کیلوگرم فرض نمایند، سزارین بود. نتایج آزمون آماری مجذور کای تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه متخصصین زنان و زایمان و ماماها از نظر نوع زایمان ترجیحی نشان نداد ( $P > 0/05$ ).

پیشنهادی به زنان باردار و عللی که منجر به پیشنهاد سزارین می‌شود، می‌باشد. برای تعیین علل ترجیح‌ها و پیشنهادات سزارین از سوی عاملین زایمان از مقیاس نمره‌دهی لیکرت [پراهمیت‌ترین (۴)، نسبتاً با اهمیت (۳)، کم اهمیت (۲)، بی اهمیت (۱)] استفاده شد. برای تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و صوری استفاده شد که برای این منظور پرسشنامه به ۱۲ نفر از اعضا هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی و متخصصین زنان و زایمان زن دانشگاه علوم پزشکی تبریز ارسال شد و سپس نظرات اصلاحی و پیشنهادات آن‌ها اعمال گردید. برای تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شد به این ترتیب که پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از ماماها و ۱۰ نفر از متخصصین در دو نوبت تکمیل شد. فاصله بین دو آزمون ۱۰ روز بوده و سپس با استفاده ضریب همبستگی پیرسون پایایی برای هر دو گروه ۷۴٪ محاسبه شد. فرآیند اجرایی پژوهش به این صورت بود که پژوهشگر پس از اخذ معرفی از دانشکده از طریق مراجعه به بخش‌های زایمانی ۱۵ بیمارستان دولتی آذربایجان شرقی و مطب‌های خصوصی ضمن معرفی خود و با ارایه توضیحات در مورد اهداف و نحوه تکمیل کردن پرسشنامه، اختیاری بودن شرکت در

جدول ۱: توزیع فراوانی علل ترجیح سزارین انتخابی واحدهای مورد پژوهش

بی‌اهمیت تعداد (درصد)	کم‌اهمیت تعداد (درصد)	نسبتاً بااهمیت تعداد (درصد)	پراهمیت‌ترین تعداد (درصد)	عاملین زایمان	علل ترجیح سزارین انتخابی
۱۷ (۱۹/۵)	۶ (۶/۹)	۱۴ (۱۶/۱)	۵۰ (۵۷/۵)	ماما	ترس از آسیب به پرینه و واژن
۱۷ (۳۰/۹)	۸ (۱۴/۵)	۱۱ (۲۰)	۱۹ (۳۴/۵)	متخصص	
۲۲ (۲۵/۳)	۵ (۵/۷)	۹ (۱۰/۳)	۵۱ (۵۸/۶)	ماما	ترس از بی‌اختیاری ادرار و مدفوع
۲۱ (۳۸/۲)	۹ (۱۶/۴)	۱۰ (۱۸/۲)	۱۵ (۲۷/۳)	متخصص	
۶ (۶/۹)	۹ (۱۰/۳)	۵ (۵/۷)	۶۷ (۷۷)	ماما	ترس از درد لیبر
۱۲ (۲۱/۸)	۸ (۱۴/۵)	۹ (۱۶/۴)	۲۶ (۴۷/۳)	متخصص	
۱۴ (۱۶/۱)	۵ (۵/۷)	۱۸ (۲۰/۷)	۵۰ (۵۷/۵)	ماما	ترس از آسیب به نوزاد
۸ (۱۴/۵)	۴ (۷/۳)	۴ (۷/۳)	۳۹ (۷۰/۹)	متخصص	
۳۵ (۴۰/۲)	۹ (۱۰/۳)	۱۸ (۲۰/۷)	۲۵ (۳۸/۷)	ماما	اعتقاد به ایمن بودن سزارین
۱۹ (۳۴/۵)	۷ (۱۲/۷)	۱۰ (۱۸/۲)	۱۹ (۳۴/۵)	متخصص	
۲۲ (۲۵/۳)	۱۰ (۱۱/۵)	۱۴ (۱۶/۱)	۴۱ (۴۷/۱)	ماما	کوتاه شدن زمان زایمان
۲۵ (۴۵/۵)	۶ (۱۰/۹)	۶ (۱۰/۹)	۱۸ (۳۲/۷)	متخصص	
۴۳ (۴۹/۴)	۸ (۹/۲)	۱۰ (۱۱/۵)	۲۶ (۳۹/۹)	ماما	تغییر نیافتن کیفیت روابط زناشویی
۳۳ (۶۰)	۸ (۱۴/۵)	۵ (۹/۱)	۹ (۱۶/۴)	متخصص	
۳۳ (۳۷/۹)	۱۱ (۱۲/۶)	۱۳ (۱۴/۹)	۳۰ (۳۴/۵)	ماما	انتخاب زمان زایمان
۲۶ (۴۷/۳)	۸ (۱۴/۵)	۶ (۱۰/۹)	۱۵ (۲۷/۳)	متخصص	
۲۹ (۳۳/۳)	۸ (۹/۲)	۱۲ (۱۳/۸)	۳۸ (۳۴/۷)	ماما	پیشگیری از سزارین اورژانس احتمالی
۲۶ (۴۷/۳)	۵ (۹/۱)	۸ (۱۴/۵)	۱۶ (۳۹/۱)	متخصص	

متخصصین زنان و زایمان و ۹۵/۴ درصد ماماها به زنان باردار با سابقه سزارین بود. زایمان طبیعی، زایمان پیشنهادی اکثریت (۸۷/۶٪) متخصصین زنان و زایمان به زنان باردار بدون سابقه سزارین و اول‌زا (۶۶/۳٪) و نیز زایمان پیشنهادی اکثریت ماماها به زنان باردار بدون سابقه سزارین (۹۴/۶٪)، اول‌زا (۸۲/۴٪) بود و فقط ۳۳/۷ درصد متخصصین و ۱۷/۶ درصد ماماها زایمان سزارین را به این زنان پیشنهاد دادند (جدول ۲).

پراهمیت‌ترین علل ترجیح سزارین توسط متخصصین ترس از آسیب به نوزاد (۷۰/۹٪)، ترس از درد لیبر (۳۴/۵٪) و اعتقاد به ایمن بودن سزارین (۴۷/۳٪) بود. در حالی که از نظر ماماها ترس از درد لیبر (۷۷٪)، ترس از آسیب به پرینه و واژن (۵۷/۵٪) و ترس از بی‌اختیاری ادرار (۵۸/۶٪) از علل پراهمیت بیان شدند. (جدول ۱).  
نتایج این پژوهش در پاسخ به سؤال دوم پژوهش مشخص کرده سزارین، زایمان پیشنهادی ۱۰۰ درصد

جدول ۲: توزیع فراوانی نوع زایمان پیشنهادی عاملین زایمان\*

نوع زایمان پیشنهادی برای زن باردار	نوع زایمان	متخصص (درصد) تعداد	ماما (درصد) تعداد
دارای سابقه سزارین			
	طبیعی	۰ (۰)	۷ (۴/۶)
	سزارین	۹۰ (۱۰۰)	۱۴۵ (۹۵/۴)
بدون سابقه سزارین			
	طبیعی	۷۸ (۸۷/۶)	۱۴۰ (۹۴/۶)
	سزارین	۱۱ (۱۲/۴)	۸ (۵/۴)
گراوید اول**			
	طبیعی	۵۹ (۶۶/۳)	۱۱۷ (۸۲/۴)
	سزارین	۳۰ (۳۳/۷)	۲۵ (۱۷/۶)

\* تعداد واحدهای پاسخ دهنده به این گویه‌ها کمتر از حجم نمونه می‌باشد.  
\*\*در صورتی که مادرباردار دارای جنین تک قلوئی ترم با وزن تقریبی ۳.۵ کیلوگرم فرض شود.

جدول ۳: توزیع فراوانی علل پیشنهاد سزارین به زنان باردار توسط واحدهای مورد پژوهش

متغیر	پراهمیت‌ترین (درصد) تعداد	نسبتاً بااهمیت (درصد) تعداد	کم‌اهمیت (درصد) تعداد	بی‌اهمیت (درصد) تعداد
ترس از آسیب به پرینه	۳۲ (۳۵/۲)	۱۴ (۱۵/۵)	۱۵ (۱۶/۵)	۳۰ (۳۳)
	متخصص	۷ (۱۰/۴)	۱۵ (۲۲/۴)	۳۳ (۴۹/۳)
ترس از بی‌اختیاری ادرار	۲۸ (۳۰/۸)	۱۵ (۱۶/۵)	۱۸ (۱۹/۸)	۳۰ (۳۳)
	متخصص	۷ (۱۰/۴)	۱۶ (۲۳/۹)	۳۰ (۴۴/۸)
ترس از دیستوشی و ترومای تولد	۶۵ (۷۱/۴)	۹ (۹/۹)	۸ (۸/۸)	۹ (۹/۹)
	متخصص	۷ (۱۰/۴)	۷ (۱۰/۴)	۸ (۱۱/۹)
ترس از مسائل قانونی	۳۵ (۳۸/۵)	۱۶ (۱۷/۶)	۹ (۹/۹)	۳۱ (۳۴/۱)
	متخصص	۷ (۱۰/۴)	۵ (۷/۵)	۹ (۱۳/۴)
اعتقاد به ایمن بودن سزارین	۲۰ (۲۲)	۱۸ (۱۹/۸)	۱۶ (۱۷/۶)	۳۷ (۴۰/۷)
	متخصص	۲۳ (۳۴/۳)	۱۸ (۲۶/۹)	۲۰ (۲۹/۹)
سزارین به درخواست مادر	۲۶ (۲۸/۶)	۲۱ (۲۳/۱)	۱۷ (۱۸/۷)	۲۷ (۲۹/۷)
	متخصص	۴۲ (۶۲/۷)	۸ (۱۱/۹)	۱۳ (۱۹/۴)
ترس از عدم حضور به موقع بر بالین زانو	۸ (۸/۸)	۷ (۷/۷)	۱۹ (۲۰/۹)	۵۷ (۶۲/۶)
	متخصص	۱۶ (۲۳/۹)	۱۴ (۲۰/۹)	۲۴ (۳۵/۸)
نامناسب بودن زمان زایمان واژینال(شیفت عصر و شب)	۱۱ (۱۲/۱)	۳ (۳/۳)	۱۶ (۱۷/۶)	۶۱ (۶۷)
	متخصص	۱۴ (۲۰/۹)	۹ (۱۳/۴)	۲۸ (۴۱/۸)
طولانی بودن پروسه زایمان واژینال و وقت‌گیر بودن	۱۵ (۱۶/۵)	۸ (۸/۸)	۱۳ (۱۴/۳)	۵۵ (۶۰/۴)
	متخصص	۱۷ (۲۵/۴)	۱۱ (۱۶/۴)	۲۸ (۴۱/۸)
نداشتن پرسنل کافی جهت کنترل در طول لیبر	۱۸ (۱۹/۸)	۹ (۹/۹)	۱۶ (۱۷/۶)	۴۸ (۵۲/۷)
	متخصص	۳۲ (۴۷/۸)	۱۳ (۱۹/۴)	۱۶ (۲۳/۹)

\* تعداد واحدهای پاسخ دهنده به این سوالات کمتر از حجم نمونه می‌باشد.



پربینه از نظر متخصصین بود (جدول ۳). در پاسخ به سؤال سوم پژوهش نتایج این پژوهش با استفاده از آزمون آماری مجذورکای مشخص کرد که ارتباط معنی‌داری بین نوع زایمان ترجیحی عاملین زایمان (ماماها و متخصصین) برای خود و نوع زایمان پیشنهادی آنان به زنان باردار با حاملگی اول بدون سابقه سزارین وجود دارد ( $P > 0.05$ ) (جدول ۴).

از مهم‌ترین علل پیشنهاد زایمان سزارین برای مادران باردار بدون اندیکاسیون سزارین در هر دو گروه ماماها و متخصصین زنان و زایمان، ترس از دیستوشی و ترومای تولد بود از نظر متخصصین نیز، ترس از مسائل قانونی از علل پراهمیت محسوب شد. اما از علل بی‌اهمیت نیز، ترس از عدم حضور به موقع بر بالین زائو، نامناسب بودن زمان زایمان واژینال و طولانی بودن پروسه زایمان از نظر ماماها و ترس از آسیب به

جدول ۴: ارتباط بین نوع زایمان پیشنهادی عاملین زایمان به زنان باردار بر اساس نوع زایمان ترجیحی خودشان

$\chi^2$	df	P-value	نوع زایمان ترجیحی برای خود		نوع زایمان پیشنهادی به زنان باردار	عاملین زایمان
			سزارین (درصد) تعداد	طبیعی (درصد) تعداد		
۵/۶۷	۲	۰/۰۴۲	۲ (۲/۳)	۵ (۷/۸)	طبیعی سزارین	دارای سابقه سزارین
			۸۴ (۹۷/۷)	۵۹ (۹۲/۲)		
۵/۹۷	۲	۰/۰۲۱	۷۷ (۹۰/۶)	۶۱ (۱۰۰)	طبیعی سزارین	بدون سابقه سزارین
			۸ (۹/۴)	۰ (۰)		
۲۰/۰۱	۲	۰/۰۰۱	۵۴ (۶۹/۲)	۶۱ (۹۸/۴)	طبیعی سزارین	گراوید اول
			۲۴ (۳۰/۸)	۱ (۱/۶)		
-	-	-	-	-	طبیعی سزارین	دارای سابقه سزارین
			۵۶ (۱۰۰)	۳۴ (۱۰۰)		
۱/۹۲	۲	۰/۲۰	۴۷ (۸۳/۹)	۳۱ (۹۳/۹)	طبیعی سزارین	بدون سابقه سزارین
			۹ (۱۶/۱)	۲ (۶/۱)		
۱۱/۸۵	۲	۰/۰۰۱	۲۹ (۵۲/۷)	۳۰ (۸۸/۲)	طبیعی سزارین	گراوید اول
			۲۶ (۴۷/۳)	۴ (۱۱/۸)		

\* در صورتی که حاملگی اول بدون اندیکاسیون سزارین باشد.

## بحث و نتیجه گیری

گراوید اول سزارین بود و این در حالی است که ترجیح نوع زایمان برای خودشان، در ۶۲/۲ درصد موارد سزارین بود. بر اساس مطالعه حنطوش زاده (۲۰۰۸)، که در تهران انجام گرفت، پیشنهاد ۲۵/۶ درصد متخصصین زنان و زایمان برای زنان باردار سزارین بود که تا حدودی با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۹). از آنجایی که مسوولیت مستقیم اعمال جراحی متخصصین بر عهده خود آن‌ها می‌باشد، این منطقی است که به خاطر ترس از عوارض احتمالی برای مادران کمتر پیشنهاد سزارین داده شود. اما در عمل شاهد آمار بالای سزارین می‌باشیم. به نظر می‌رسد فاکتورهای دیگری در این مسأله دخیل باشند. باید همیشه این نکته را در نظر داشته باشیم که پزشکان به خصوص متخصصین زنان و زایمان مراجعی هستند که بیماران در رابطه با تعیین نوع زایمان به آن‌ها رجوع می‌کنند (۱۲). شریفی‌راد معتقد است که مهم‌ترین فرد تأثیرگذار بر زن باردار در تعیین نوع زایمان، پزشک و در درجات بعدی شوهر، مادر و دوستان وی می‌باشند و این موضوع اهمیت نقش پزشکان را بر دیدگاه زنان نسبت به زایمان طبیعی و سزارین نشان می‌دهد (۱). همچنین بر اساس نتایج این مطالعه، نوع زایمان ترجیحی ۱۷/۶ درصد ماماها برای زنان باردار گراوید اول سزارین بود. مهم‌ترین علل بیان شده ترجیح سزارین توسط ماماها ترس از درد لیبر و ترس از آسیب به نوزاد بوده بر اساس مطالعات گانروییک<sup>۴</sup> ۹۸/۷ درصد ماماها‌های شاغل در زایشگاه مخالف این عقیده بودند که زایمان سزارین ایمن‌تر از زایمان واژینال هم برای مادر و هم برای جنین است، همچنین فقط ۱۴/۷ درصد ماماها‌های شاغل در زایشگاه این عقیده که زنان باردار حق انتخاب سزارین به عنوان روش زایمانی، را دارند، موافق بودند (۱۴). که با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد. نتایج آزمون آماری مجذورکای در این تحقیق ارتباط معنی‌داری بین نوع زایمان

در راستای دستیابی به هدف اول پژوهش نتایج یافته‌ها حاکی از این بود که ترجیح بیش از نیمی از ماماها (۵۸/۷٪) و پزشکان (۶۲/۲٪) مورد مطالعه در این پژوهش، در صورتی که خود را باردار گراوید اول ترم سفالیک بدون اندیکاسیون سزارین تصور نمایند، سزارین می‌باشد. اولین تحقیق در زمینه ترجیح‌های ماماها (۱۹۹۷) توسط المفتی<sup>۱</sup> و همکارانش بر روی ۲۰۶ مامای شهر لندن صورت گرفته که به رایین اساس ۱۷ درصد از ماماها‌های شهر لندن، سزارین را برای خود انتخاب نمودند (۱۰). نتایج تحقیق مک گورگان<sup>۲</sup> و همکارانش (۱۹۹۹) در ایرلند نشان داد که فقط ۷ درصد از ۱۶۵ متخصص زنان و زایمان پاسخ دهنده، سزارین را به عنوان زایمان ترجیحی خود انتخاب نمودند (۱۱). که هردو نتایج با مطالعه ما هم‌خوانی ندارد اما بر اساس جستجو در منابع، تنها پژوهشی که در این رابطه در ایران انجام شده است توسط حنطوش زاده و همکاران (۲۰۰۸) در شهر تهران بوده است که طبق نتایج این محققین از ۷۸۵ متخصصین پاسخ دهنده به این گویه ۳۵/۹ درصد سزارین را برای خود ترجیح می‌دادند (۹). که با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی ندارد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، مهم‌ترین علل انتخاب سزارین توسط متخصصین ترس از آسیب به نوزاد، ترس از درد لیبر و اعتقاد به ایمن بودن سزارین بود. در حالی که بر اساس مطالعات المفتی علی که متخصصین زنان و زایمان در توضیح انتخاب سزارین بیان کردند، ترس از آسیب به پرینه، ترس از اختلال در روابط جنسی، نگرانی از آسیب به جنین و تعیین زمان زایمان بود (۱۲). در تحقیقات جاکومین<sup>۳</sup> و همکاران مهم‌ترین علت انتخاب سزارین، امنیت جنین (۵۰٪) گزارش شده و ترس از آسیب به پرینه نقش مهمی در علت انتخاب سزارین نداشته است (۱۳). بر اساس مطالعه ما نوع زایمان پیشنهادی ۳۳/۷ درصد متخصصین زنان و زایمان برای زنان باردار

4 -Gunnervik

1 -Al-Mufti  
2 -urgan Mc  
3 -Jacquemyn



سزارین می‌باشد، در روند آموزش به مادر، تلاش کافی را برای متقاعد نمودن زنان باردار خواهان سزارین انجام نخواهد داد و در حین کمک به زائو در لیبر، مدت زمان کمتری برای تلاش در جهت کمک به زایمان طبیعی زن باردار اختصاص می‌دهد و با تأمل کمتری زائو به سمت سزارین سوق داده می‌شود. این مطالعه تلاشی بود برای روشن شدن این مطلب که داشتن ترجیح مثبت نسبت به سیر زایمان طبیعی، فارغ از دیدگاه پاتولوژیک متخصصین زنان و زایمان بر عملکرد آن‌ها در امر مشاوره به مادران باردار در رابطه با نوع زایمان و میزان تلاش برای انجام زایمان تأثیرگذار می‌باشد. امید است با نظارت و تلاش مسوولین مربوطه در جهت گنجاندن برنامه‌های آموزشی در راستای افزایش نگرش مثبت متخصصین زنان و زایمان نسبت به زایمان طبیعی و شناسایی و کاهش دادن موانع موجود در این مسأله در آینده- ای نزدیک گام مهمی در جهت کاهش میزان سزارین‌های غیرضروری برداشته باشیم.

پیشنهاد می‌شود پژوهشی تحت عنوان مقایسه ترجیح‌ها عاملین زایمان در مراکز استان‌ها و شهرستان‌ها به دلیل تفاوت‌های مربوط به آموزشی و غیر آموزشی بودن بیمارستان‌ها صورت گیرد.

### تقدیر و تشکر

در پایان از اساتید بزرگوار و متخصصین محترم زنان و زایمان استان آذربایجان شرقی که با وجود مشغله کاری فراوان قبول زحمت نموده و پرسشنامه‌ی مربوط به این پژوهش را تکمیل نمودند و همچنین مسوولین محترم بیمارستان‌های استان که ما را در امر جمع‌آوری اطلاعات یاری نمودند قدردانی می‌نماییم. از معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی تبریز نیز که اعتبارات مالی طرح را تأمین کردند، قدرانی می‌شود. در انتها از مسوولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی کمال تشکر را داریم.

ترجیحی متخصصین زنان و زایمان و ماماها برای خود و نوع زایمان پیشنهادی آنان برای زنان باردار گراوید اول ( $P=0.01$ ) نشان داد. بر اساس مطالعات حنطوش زاده و همکاران (۲۰۰۸)، پزشکان و عاملین زایمانی بیشتر نوع زایمانی را برای بیماران خود پیشنهاد می‌کنند که برای خود ترجیح داده‌اند (۹). در این مطالعه نیز با وجود معنی‌دار بودن این گزینه در گروه ماماها عملاً ما شاهد همسو نبودن ترجیح ماماها برای خود و زنان باردار بودیم. آنچه مسلم است اینست که مسوولیت مستقیم کنترل و مراقبت از مادران باردار، عوارض و احتمال بروز خطرات و خطاهای احتمالی ناشی از سزارین و حتی زایمان طبیعی در حال حاضر بر عهده ماماها نیست و نهایتاً در صورت مشاهده علائم خطر فوراً به پزشک متخصص اطلاع داده می‌شود. در نتیجه ماماها کمتر از متخصصین استرس کاری داشته و نهایتاً متخصصین پاسخگو خواهند بود و وقتی که یک ماما از دید حرفه‌ای به مسأله نگاه می‌کند بر طبق آموخته‌های خود و اینکه اصولاً شغل وی انجام زایمان طبیعی است در اکثریت موارد برای زنان باردار زایمان طبیعی را پیشنهاد می‌دهند. اما وقتی خود را مادر باردار فرض می‌کنند از ترس صدمه به جنین و خودشان و اینکه احتمالاً متخصصین به دلیل شلوغی بخش‌های زایمانی فرصت مراقبت از آن‌ها و جنبش‌شان را نداشته باشند، سزارین را برای خود ترجیح می‌دهند. این مسأله ثابت می‌کند که ماماها می‌تواند در طی تحصیل و اشتغال به این باور نرسیده‌اند که زایمان واژینال روش مطمئنی برای زایمان زنان باردار بدون مشکل می‌باشد و اندیکاسیون‌های سزارین را به خوبی درک نکرده‌اند. پژوهشگر معتقد است که ترجیح‌ها افراد بر عملکردشان تأثیرگذار می‌باشد و اگر ماما که نقش کلیدی در مراقبت‌های دوران بارداری و در حین لیبر دارد این باور را نداشته باشد که زایمان طبیعی بهتر از

## References

- 1- shareferad G, fathean Z, Terane M, Mahake B.(2007). *The Survey of pregnant women views about delivery and cesarian According Behavioral intention model.*Elam Uni Med Sc J,15(1) ,19-23.
- 2- Fathiean Z, Shareferad G, Hasanzade A.(2006). *The Effect of Health education on Pregnant women's Knowleg, Attitude and performance According Behavioral intention model in Khomayne City.* *Tabeb Sharg J*,9(2) ,74-79.
- 3-Althabe F, Belizan J.F. (2006). *Cesarean section:The paradox.* *The Lancet*,368,1472-3.
- 4- Monari F, MarioS, Facchinetti F, Basevi V. (2008).*Obstetricians' and midwives' attitudes toward cesarean section.* *BIRTH*, 35(2) ,129-135.
- 5- Kingdon C, Baker L, Lavender T.(2006). *Systematic review of nulliparouswomen's views of planned cesarean birth: The missing component in the debate about a term cephalic trial.* *Birth*,33,229-237.
- 6- Potter J.E, Berquó E, Perpétuo I.H, Fachel Leal O, Hopkins K, Rovey Souza M, Carvalho Formiga M.C, et al.(2001). *Unwanted cesarean section among public and private patients in Brazil: Prospective study.* *BMJ* ,323,1155-1158.
- 7- Kalish R.B, Chervenak F.A, Thaler H.T, Gupta M, McCullough L.(2004).*Intrapartum elective cesarean delivery: A previously unrecognized clinicalentity.* *Obstet Gynecol* , 103,1137-1141.
- 8- Bettis B.A,Coleman V.H, Zinberg S.(2007).*Cesarean delivery on maternal request: Obstetrician-gynaecologists' knowledge, perception, andpractice patterns.* *Obstet Gynecol* ,109,57-66.
- 9- Hantoushzadeh S, Rajabzadeh A, Saadati A, Mahdanian A, AshraWnia N, Khazardoost S, et al .(2008). *Cesarean or normal vaginal delivery: overview of physicians' self-preference and suggestion to patients.* *Arch Gynecol Obstet*, 17 ,76-79.
- 10- Dickson M. J, Willett M. (1999). *Midwives would prefer a vaginal delivery.* *BMJ*, 319,1008.
- 11-Mc Gurgan P, Coulter-Smith S, O'Donovan P.J.(2001).*A national confidential survey of obstetrician's personal preferences regarding mode of delivery.* *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* ,97,17-19.
- 12-Chervenak F.A, Thaler H.T, Gupta M, McCullough L, Kalish R.B. (2004). *Intrapartum elective cesarean delivery: A previously unrecognized clinicalentity.* *Obstet Gynecol* , 103,1137-1141.
- 13-NIH Consensus.(2006). *NIH state-of-the-science conference statement on cesarean delivery on maternal request.*1-32.
- 14-Gunnervik C, Josefsson A, Sydsjo A, Sydsjo G.(2010). *Attituds mode of birth among Swedish midwives.* *Midwifery*, 26,38-44.