

عوامل اجتماعی مؤثر بر گرایش به سزارین در زنان باردار

افسانه توسلی^۱

فریده کلاری^۲

اشرف ظفری دیزجی^۳

چکیده

جامعه سالم و موفق در گرو داشتن مادرانی سالم و آگاه است. در این میان انتخاب نوع زایمان در حفظ سلامتی مادران نقش بسیار ارزنده‌ای دارد. زنان را باید آزاد گذاشت که در طول بارداری و زایمان به انتخاب‌های آگاهانه دست بزنند. نقش پزشک فقط کمک به زن است نه این که او را کنترل کند و به جای او تصمیم بگیرد. بنابر اصول کلی اخلاق پزشکی در راستای احترام به حق استقلال اشخاصی که خود قادر به تصمیم‌گیری هستند، کادر پزشکی باید تمامی اطلاعات لازم را در اختیار بیماران قرار داده تا آنان بتوانند آزادانه و آگاهانه برای خویش تصمیم بگیرند. همچنین کادر درمانی باید در معالجه و درمان بیماران، اصل «ارزیابی خطرها و فواید» روش درمانی و برقراری تعادل بین این دو را رعایت نمایند. سزارین یک نوع زایمان است که در سال‌های اخیر توجه بسیاری از زنان باردار را، بدون آگاهی از نحوه و عواقب آن به خود جلب نموده است. تحقیق حاضر با هدف بررسی عوامل اجتماعی گرایش زنان به سزارین انتخابی در سال‌های اخیر انجام گرفته است. روش تحقیق نیز به صورت پیمایشی است. حجم نمونه از طریق فرمول کوکران بالغ بر ۲۰۰ نفر زن برآورد شد. جامعه آماری شامل زنان باردار سه ماهه سوم باردای مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منطقه یک تهران است. ابزار

۱. عضو هیأت علمی دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی گروه مطالعات زنان و خانواده، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: Afsantav@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد مطالعات زنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مطالعات زنان دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

۱۴۶ / فصلنامه اخلاق پزشکی / سال هشتم، شماره بیست و نهم، پاییز ۱۳۹۳

جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه می‌باشد، تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح (آمار توصیفی و آمار استنباطی) صورت گرفته است. نتایج حاصله نشان داد که بین انتخاب سزارین با آگاهی از عوارض سزارین، تشویق پزشکان، ترس از زایمان طبیعی، الگوبرداری، حفظ زیبایی بدن، طبقه اقتصادی و اجتماعی زنان ارتباط معنی‌داری وجود دارد، بین انتخاب سزارین با آگاهی از فواید زایمان طبیعی و کمرنگ‌شدن وظایف مادری ارتباط معناداری وجود ندارد.

واژگان کلیدی

بارداری، گرایش به سزارین، فواید زایمان طبیعی، آگاهی مادران باردار، اخلاق پزشکی

مقدمه

انتخاب زایمان به روش سزارین توسط مادران از موضوعات بحث‌انگیز است. (لیتل، ۲۰۰۸ م؛ هوبرگ، ۲۰۰۸ م.) برخی معتقدند باید خود بیماران حق انتخاب سزارین را داشته باشند و نباید انجام آن فقط منوط به شرایط بالینی خاص باشد. (هارر، ۲۰۰۰ م.) در مقابل گروهی دیگر سزارین انتخابی را خلاف اصول اخلاقی و پزشکی دانسته‌اند. (کالیش و همکاران، ۲۰۰۸ م؛ بولی و همکاران، ۲۰۰۲ م.)

التزام اخلاقی جامعه پزشکی به ارتقای رفاه و سلامت مردم طبق اصل بقراطی «به هیچ کس ضرر نرسانید» از زمان‌های گذشته یکی از اصول اساسی اخلاق پزشکی بوده است که تأکید بر انجام درمان درست و صحیح دارد. (اسمیت، ۲۰۰۶ م.)

به نظر مشکل می‌توان آزادی عمل در انجام چنین عمل جراحی بزرگی را موجه دانست، چراکه در سزارین‌های غیر ضروری عوارضی همچون خونریزی، عفونت و مرگ‌ومیر مادری و نوزادی در مقایسه با زایمان طبیعی بیشتر است. (کانینگهام، ۲۰۱۰ م.) علاوه بر عوارض گفته‌شده، برخلاف تصور عمومی در مقایسه با زایمان طبیعی سزارین‌های انتخابی نه تنها با بهبود پیامدهای مادری و نوزادی همراه نیستند، بلکه منجر به افزایش هزینه‌های هنگفت برای خانواده‌ها و نظام سلامت هر کشور می‌باشند. (هافبرگ و همکاران، ۲۰۰۳ م.) سزارین انتخابی امروزه از موضوعاتی است که در آن مرز اخلاقی بین انتخاب فردی مادر و نیاز طبی برای انجام سزارین، در مجامع علمی - تخصصی به روشنی مشخص نیست. اغلب زنان از ترس درد، عواقب و عوارض جنینی و بر مبنای درک خویش، سزارین را انتخاب می‌کنند، به گونه‌ای که هنوز میزان آگاهی و تفهیم تفاوت‌های سزارین و زایمان طبیعی در بین مادران از طرف مراقبین بهداشتی و پزشکان به روشنی در

مطالعات تحقیقاتی گزارش نشده است. (مرقاتی خوبی، ۲۰۰۹ م.) در برخی کشورها پزشکان چنان اختیار زنان آبستن را در دست گرفتند که زنان نمی‌توانند در مورد زایمان خود تصمیمی آگاهانه بگیرند.

انجمن ارتقای خدمات مادری، هیات مدیره وضع حمل ملی و ائتلاف مادری (۱۹۹۷ م.) این موضع را اتخاذ نموده‌اند که بیماران مادر به عنوان گروه آسیب‌پذیر تلقی شده و باید مورد توجه خاص قرار بگیرند. (اسمیت، ۲۰۰۶ م.)

بسیاری از محققین معتقدند که بارداری از دیدگاه زنان بسیار متفاوت با دیدگاه پزشکان است. گراهام^۱ و اوکلی^۲ معتقدند که پزشکان بارداری را مشکلی پزشکی می‌دانند، حال آنکه برای زنان بارداری پدیده‌ای طبیعی است. (ابوت و همکاران، ۲۰۰۴ م.) بارداری و زایمان برای زنان بخش‌هایی از یک روند است که باید با دیگر نقش‌های اجتماعی پیوند بخورد، زن با طی این مراحل تغییر منزلت می‌دهد و با همه الزاماتی که این تغییر به صورت همیشگی و همه‌جانبه بر زندگی هر زنی ایجاد می‌کند، در جایگاه مادر قرار می‌گیرد. پزشک خود را در مقام کارشناسی می‌بیند که علم او برتر و همه چیز فرمان اوست و این باعث شده که مادران فکر کنند که اختیار خود را ندارند. البته در برخی جوامع نظیر ایران اعتماد به پزشک بالاست بیمار خود را به طور کامل در اختیار نظر پزشک قرار می‌دهد و همین امر لزوم برجسته‌کردن رعایت اخلاق پزشکی را به شدت می‌طلبد.

اخلاق حرفه‌ای در علم پزشکی به دلیل سروکار داشتن با سلامت جان و روان انسان‌ها از دیرباز از جایگاه ویژه‌ای برخوردار بوده است. متأسفانه در دنیای امروزی، ارزش‌های اخلاقی به ویژه در تراحم با منافع اقتصادی رنگ باخته و معیارهای اخلاقی افراد، نهادها و مصالح جامعه را به شدت آسیب‌پذیر کرده است، به علاوه با پیشرفت‌های اخیر تکنولوژی در علوم پزشکی و طرح موضوعات اخلاقی

جدید در اخلاق پزشکی نوین، تصمیم‌گیری را در حرفه پزشکی با پیچیدگی‌های خاص توأم نموده است که اخلاق پزشکی سنتی دیگر پاسخگوی این نیازها نیست. ارائه راهکارهای اخلاقی جهت تصمیم‌گیری مناسب در موارد اخلاقی جدید امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. (صفایان، ۲۰۱۳ م.)

در سال ۱۹۹۷ کمتر از ۱۰٪ زایمان‌ها با جراحی سزارین بود. سپس میزان آن به ۲۸/۱ درصد از زایمان‌ها رسید. در سال ۲۰۰۵ زایمان در بیمارستان‌های خصوصی بیشتر از ۳۵٪ دیده شد و این بالاتر از میزان پیشنهادی سازمان جهانی سلامت است که می‌گوید سزارین باید بین ۵ تا ۱۵٪ باشد. امروزه متأسفانه در بعضی از جوامع استفاده از سزارین دچار افراط شده و حتی حالت تجملی به خود گرفته است. (فلام، ۱۹۹۹ م.) در اروپا زایمان به روش سزارین ۱۰ تا ۳۰٪ زایمان‌ها را شامل می‌شود. این وضعیت در ایران افزایش و رشد قابل ملاحظه‌ای نسبت به زایمان طبیعی دارد، به طوری که ۴۰ تا ۶۰٪ زایمان‌ها در کشور امروزه با روش سزارین صورت می‌گیرد. بر طبق آمارهای اعلام‌شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شیوع سزارین در ایران به طور متوسط سه برابر بیشتر از آمارهای جهانی است. آمارهای جهانی نشان می‌دهد در آمریکا و کشورهای غربی آمار سزارین در سال ۱۹۶۵ از ۴/۵ درصد به ۲۵٪ در سال ۱۹۸۰ افزایش یافت. بیشترین افزایش بین سال‌های ۱۹۷۰ الی ۱۹۸۸ صورت گرفت که بعد از آن کم‌کم کاهش یافت یعنی از سال ۱۹۸۸ به بعد رو به کاهش بود. میزان سزارین در ایالات متحده آمریکا با ۲۲/۸ درصد بالاترین میزان در میان کشورهای توسعه یافته می‌باشد. (والکر، ۱۹۹۸ م.) در کشور ما بخصوص در شهرهای بزرگ آمار آن به شدت بالا رفته و همچنان سیر صعودی دارد. عوامل متعدد فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی مانند: میزان آگاهی زنان از زایمان و سزارین و عوارض آن و مراقبت‌های

دوران بارداری، ترس از درد زایمان طبیعی و تشویق پزشکان در گرایش زنان به انتخاب سزارین و کمرنگ‌شدن جایگاه ماماها در امر مشاوره، آموزش و انجام زایمان طبیعی در کادر درمانی کشور در این رابطه تأثیرگذار می‌باشند. تحقیقات بیانگر اینست که ۷۵٪ سزارین‌هایی که در کشور انجام شده، غیر ضروری و به صورت انتخابی بوده است، یعنی عوامل شخصی پزشکان همچون زیاده‌طلبی مالی و صرفه‌جویی در زمان و راحت‌طلبی، در تصمیم‌گیری برای جراحی سزارین دخیل بوده است و این مسأله لزوم رسیدگی به رعایت اصول اساسی اخلاق پزشکی را بیش از پیش ضروری می‌نماید.

آگاهی از مضرات سزارین و منافع زایمان طبیعی نه تنها سلامت مادر را تضمین می‌کند، بلکه با سلامت نوزاد که نسل فردای جامعه را تشکیل می‌دهد، ارتباط مستقیم دارد. از طرفی بررسی عواملی که سبب گرایش زنان به سزارین می‌شود باعث افزایش آگاهی زنان در این رابطه و همچنین برنامه‌ریزان مسائل بهداشتی کشور خواهد شد. آمار نشان می‌دهد در ایران در سال ۱۳۷۹ حدود ۳۵٪ کل زایمان‌ها به روش سزارین بود. در سال‌های بعد این رقم سیر صعودی پیدا کرد و در سال ۱۳۸۲ آمار سزارین در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی ۲۹٪ و در بیمارستان‌های دولتی غیر دانشگاهی ۴۴٪ و در بیمارستان‌های خصوصی ۸۰٪ اعلام شد. آخرین آمار معاونت سلامت می‌گوید: از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ سزارین به ۴۰/۲ درصد رسیده است و طبق برنامه‌ریزی وزارت بهداشت و درمان باید به کمتر از ۲۵٪ کاهش یابد. این در حالی است که سازمان بهداشت جهانی میزان مورد انتظار سزارین را ۵ تا ۱۵٪ تعیین نموده است.

زهرا علامه، در اصفهان در سال ۱۳۷۶ مطالعه گسترده‌ای در خصوص عمل سزارین انجام داد که اختلاف فاحشی را در شهرهای مختلف نشان می‌دهد. استان

قم با شیوع ۴۴/۴ درصد بالاترین رقم، استان اصفهان با ۴۴٪ مقام دوم و تهران با ۳۶/۴ درصد در مقام سوم قرار دارد. سه استان ایلام و هرمزگان با ۸/۵ درصد و سیستان بلوچستان با ۴/۳ درصد در پایین‌ترین رده جدول قرار دارند. این ارقام نشان‌دهنده این است که عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی فاکتورهای مؤثری در شیوع سزارین می‌باشد.

با توجه به آنچه بیان شد در این مقاله سعی شده است به سؤالات زیر پاسخ داده شود: چه عوامل اجتماعی باعث گرایش زنان به سزارین شده و میزان سزارین در ایران را از میزان متوسط جهانی آن بالاتر می‌برند؟ آیا این عوامل ناشی از عدم رعایت اخلاق پزشکی نیست؟ آیا پایین بودن میزان آگاهی زنان از فواید زایمان طبیعی و عوارض سزارین باعث انتخاب سزارین به عنوان روش زایمان می‌باشد؟ و آیا این امر به دلیل عدم رعایت حق آگاهی مادران از سوی پزشکان یا کادر پزشکی نیست؟ آیا ترس از زایمان طبیعی است که باعث می‌شود زنان به زایمان سزارین گرایش بیشتری داشته باشند؟ بین انتخاب سزارین با طبقه اقتصادی و اجتماعی زنان رابطه وجود دارد؟ و در نهایت آیا این سلطه پزشکی و عدم رعایت اخلاق پزشکی است که زنان را به سمت زایمان سزارین متمایل می‌گرداند؟

از آنجاکه آگاهی زنان از بدن خود از مسائل پزشکی محسوب می‌شود و هرچه آگاهی زنان از فواید زایمان طبیعی و عوارض سزارین بیشتر باشد، انتخاب صحیح‌تری در این رابطه دارند و از ضررهای جسمی و مالی پیشگیری خواهد نمود، لذا می‌توانیم از نظریات حوزه جامعه‌شناسی پزشکی استفاده کنیم.

نرمان هاوکینز^۳ جامعه‌شناس آمریکایی، جامعه‌شناسی پزشکی را «مطالعه عوامل فرهنگی و روابط اجتماعی بیماری و نیز زمینه‌های اجتماعی مؤثر در سازمان پزشکی و درمان» می‌داند. (محسنی، ۱۹۸۹ م.) خدمات پزشکی به هر شکل

و قالبی که ارائه شود، با شبکه‌ای در هم پیچیده از قوانین، مقررات، عادات، رویه‌ها و ارزش‌های اجتماعی در ارتباط است. (همان)

حساسیت زنان به ویژگی اندام خود، علیرغم نگرانی‌ها و مخاطرات بهداشتی مربوط به آن در ایران همچون کشورهای غربی مطلوبیت روز افزون یافته است. (احمدنیا، ۲۰۰۵ م.) هر جامعه بنا بر فرهنگی که دارد فهم خاصی از زایمان دارد. از نظر بعضی زنان، زایمان طبیعی روشی است که در آن زن می‌تواند به بدن خود احاطه داشته باشد. این تفاوت‌ها از فهم متفاوت کارشناسان و زنان باردار، در تعریف زایمان و مفاهیم مربوط به زایمان خوب و نیز نگرش مختلف نسبت به تکنولوژی‌های جدید ناشی می‌شود. با وجود این که دانش زیست پزشکی اقتدار زیادی در جوامع پزشکی غرب یافته است، اما تحت تأثیر عوامل فرهنگی دیگری است که از سیطره دانش زیست پزشکی می‌کاهد. وندی ساوج^۴ متخصص مامایی معتقد بود باید زنان را آزاد گذاشت که در طول آبستنی و زایمان به انتخاب‌های آگاهانه دست بزنند. نقش پزشک فقط کمک به زن است نه این که او را کنترل کند و به جای او تصمیم بگیرد. (ابوت و همکاران، ۲۰۰۴ م.)

جالب اینجاست که با وجود این که بارداری و زایمان تجربه مشترک بسیاری از زنان به حساب می‌آید در این باره در علوم اجتماعی، پژوهش‌های ناچیزی انجام شده است. چهره برجسته در این زمینه بی‌تردید اوکلی^۵ است که تحقیقاتش در مورد زایمان و مادری در سال‌های ۱۹۷۹ و ۱۹۸۰ انجام گرفته است. اوکلی توجه خود را معطوف به شکافی کرد که بین تصور از زایمان و واقعیت آن وجود داشت و او شرح داد که پزشکی نوین چگونه به بارداری و زایمان عنوان «بیماری» می‌دهد، بیماری که باید در بیمارستان و به کمک پزشکان درمان شود. به این ترتیب ترجیحات خود زنان به نفع نظر متخصصان نادیده گرفته می‌شود. این

مضمون در کار تحقیقی روتمن^۶ هم تکرار شد. او (۱۹۸۲ م.) به بررسی تاریخ پزشکی پرداخت و نشان داد که چگونه اهل حرفه پزشکی زمام مکان تولد را به دست خود گرفته‌اند. (برناردز، ۲۰۰۵ م.) با این حال اوکلی معتقد است امروزه مادرشدن قلمرویی طب زده شده است. در واقع او معتقد است پزشکان چنان اختیار زنان آبستن را در دست گرفته‌اند که زنان نمی‌توانند در مورد زایمان خود تصمیمی آگاهانه بگیرند. (ابوت و همکاران، ۲۰۰۴ م.)

روش

تحقیق حاضر از لحاظ روش، یک تحقیق پیمایشی به حساب می‌آید و واحد تحلیل در آن فرد است و از لحاظ معیار زمان، یک تحقیق مقطعی است. در این پژوهش، ابتدا برای جمع‌آوری مطالب و مباحث مربوطه از اسناد، مقالات، کتاب‌ها و پایان‌نامه‌های موجود در این زمینه استفاده شد و بعد با ساختن فرضیات تحقیق به آزمون‌ها پرداخته است.

جامعه آماری مورد مطالعه ما زنان باردار سه ماهه سوم بارداری مراجعه کننده به بیمارستانهای منطقه یک تهران می‌باشند که حدوداً در سال ۱۳۸۶ تعداد ۱۰۳۹۲ نفر بودند. روش نمونه‌گیری در این تحقیق نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای است. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شده است که با استفاده از آن حجم نمونه ۲۰۰ نفر برآورد شده است.

ابزار پژوهش در این تحقیق پرسشنامه «محقق ساخته» می‌باشد، شامل سؤالات باز و بسته و با روش حضوری جمع‌آوری شده است و اکثراً سؤالات به صورت طیف لیکرت ۵ قسمتی طراحی گردیده است که مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح «آمار توصیفی» و «آمار استنباطی» با استفاده از نرم‌افزار SPSS صورت گرفت و نتایج با تفسیر بیان شده است.

یافته‌ها

با توجه به جدول فوق بین «انتخاب سزارین» با «آگاهی از فواید زایمان طبیعی» همبستگی معناداری وجود ندارد. همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که ارتباط مثبت معنی‌داری بین «انتخاب سزارین» با «آگاهی از عوارض سزارین» وجود دارد. بدین ترتیب با آگاهی از عوارض سزارین، گرایش افراد به انتخاب سزارین نیز افزایش می‌یابد و با کاهش آگاهی از عوارض سزارین، گرایش افراد به انتخاب سزارین نیز کاهش می‌یابد.

همچنین ارتباط مثبت معنی‌داری بین «انتخاب سزارین» با «ترس از زایمان طبیعی» وجود دارد. بدین ترتیب که با ترس از زایمان طبیعی، گرایش افراد به انتخاب سزارین نیز افزایش می‌یابد و با کاهش ترس از زایمان طبیعی، گرایش افراد به انتخاب سزارین نیز کاهش می‌یابد.

با توجه به جدول فوق به عبارتی می‌توان مطرح نمود که ارتباط معنی‌داری بین «انتخاب سزارین» با «فردگرایی و کم‌رنگ شدن وظایف مادری» وجود ندارد. با توجه به جدول فوق می‌توان مشاهده کرد که ارتباط مثبت معنی‌داری بین «انتخاب سزارین» با «مدرن‌شدن و حفظ زیبایی بدن» وجود دارد. بدین ترتیب که با گرایش به مدرن‌شدن و حفظ زیبایی بدن، گرایش افراد به انتخاب سزارین نیز افزایش می‌یابد و با کاهش گرایش به مدرن‌شدن و حفظ زیبایی بدن، گرایش افراد به انتخاب سزارین نیز کاهش می‌یابد.

نتایج این تحقیق بیانگر اینست که ارتباط مثبت معنی‌داری بین «انتخاب

سزارین» با «تشویق پزشکان» وجود دارد. بدین ترتیب که با تشویق پزشکان، گرایش افراد به انتخاب سزارین نیز افزایش می‌یابد و با کاهش تشویق پزشکان، گرایش افراد به انتخاب سزارین نیز کاهش می‌یابد.

جدول ۱ نشان می‌دهد که با افزایش گرایش زنان به الگوبرداری از یکدیگر، انتخاب سزارین نیز افزایش می‌یابد و با کاهش الگوبرداری از یکدیگر، گرایش افراد به انتخاب سزارین نیز کاهش می‌یابد.

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین زنان خانه‌دار و شاغل در انتخاب سزارین تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد که انتخاب سزارین در زنان شاغل بیشتر از زنان خانه‌دار است.

همچنین با توجه به نتایج ۲ مشخص شد که نمونه‌هایی که بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان درآمد دارند، بیشتر از نمونه‌هایی که کمتر از ۵۰۰ هزار تومان درآمد دارند، به انتخاب سزارین تمایل نشان می‌دهند.

همچنین با بررسی مقایسه‌ای «انتخاب سزارین» با تأکید بر «درآمد ماهیانه شوهران» با توجه به تحقیقات فوق می‌توان مطرح نمود که تفاوت معنی‌داری بین «انتخاب سزارین» در نمونه‌هایی که درآمد همسر آنها کمتر از ۵۰۰ هزار تومان است و نمونه‌هایی که درآمد همسر آنها بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان است وجود دارد. بنابراین نمونه‌هایی که درآمد همسر آنها بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان است، بیشتر از نمونه‌هایی که درآمد همسر آنها کمتر از ۵۰۰ هزار تومان است، به انتخاب سزارین تمایل نشان می‌دهند، در نتیجه میزان درآمد بالا یکی از عوامل مؤثر بر انتخاب زایمان سزارین می‌باشد. به نظر می‌رسد افراد با درآمد پایین حتی در صورت تمایل به زایمان سزارین به دلیل هزینه بالای آن از انتخاب آن سرباز می‌زنند.

با توجه به جدول ۳ و با تأکید بر میزان مقادیر به دست‌آمده بین تفاوت میانگین‌های انتخاب سزارین نمونه‌ها با تأکید بر شغل همسر، مطرح می‌شود که تفاوت معناداری بین نمونه‌های که شغل همسرشان کارگر است با نمونه‌های که شغل همسرشان آزاد و کارمند می‌باشد، وجود دارد.

با توجه به جدول ۴ و با تأکید بر میزان مقادیر به دست‌آمده بین تفاوت میانگین‌های انتخاب سزارین نمونه‌ها با تأکید بر طبقه اجتماعی، مطرح می‌شود که تفاوت معناداری بین نمونه‌هایی که طبقه اجتماعی خود را پائین معرفی کرده‌اند با نمونه‌هایی که طبقه اجتماعی خود را بالا معرفی کرده‌اند وجود دارد، یعنی میزان گرایش زنان به سزارین در طبقات بالا بیشتر از طبقات متوسط و پایین است.

بدین ترتیب می‌توان اذعان داشت که با آگاهی از عوارض سزارین، گرایش افراد به انتخاب سزارین نیز افزایش می‌یابد و با کاهش آگاهی از عوارض سزارین، گرایش افراد به انتخاب سزارین نیز کاهش می‌یابد. همچنین ترس از عوامل مهم گرایش به سزارین است و زنان به دلیل واهمه از درد زایمان طبیعی به زایمان سزارین گرایش می‌یابند. در این میان کادر پزشکی نیز کمکی در کاهش احساس ترس نمی‌نماید. حفظ زیبایی بدن و تناسب اندام از عواملی است که زنان را به سوی زایمان سزارین سوق می‌دهد. زنانی که به بدن خود و شکل ظاهر آن اهمیت بیشتری می‌دهند تمایل بیشتری به زایمان سزارین نشان می‌دهند. همچنین افرادی که تمایل بیشتری به الگوبرداری از یکدیگر دارند میزان سزارین بالاتری را گزارش داده‌اند. مهم‌ترین دستاورد این تحقیق میزان تشویق پزشکان به عمل سزارین است که باعث می‌شود زنان با اعتمادی که به تخصص ایشان دارند در کنار سایر عوامل نهایتاً سزارین را بر زایمان طبیعی ترجیح دهند. کلیه

موارد فوق در متن یک طبقه اجتماعی معنا می‌یابد، به عبارت دیگر زنانی که شاغل می‌باشند نسبت زنان خانه‌دار از احتمال بالاتری در انتخاب سزارین برخوردارند همچنین زنانی که درآمد بالایی دارند یا همسرشان از درآمد بالاتری برخوردار است، گرایش به سزارین را بیش از سایرین به نمایش گذارده‌اند. شغل همسر نیز عامل مؤثر دیگری در انتخاب نوع زایمان به شمار می‌رود.

بحث

همان‌طور که بیان شد سزارین یک جراحی بزرگ است که با شکافتن پوست روی شکم، عضلات زیر آن و جدار رحم همراه است و به طور متوسط، ۱۰٪ زایمان‌ها در جهان به روش سزارین انجام می‌شود. طبق آمار رسمی در ایران، حدود ۲۵ تا ۳۵٪ زایمان‌ها به صورت عمل جراحی یعنی سزارین صورت می‌گیرند، در حالی که طبق آمار غیر رسمی در ایران سزارین ۵ برابر سایر نقاط جهان است. امروزه در برخی از بیمارستان‌های خصوصی این آمار حتی ۱۰۰٪ نیز گزارش شده است. برخی متخصصین علت افزایش گرایش زنان به انتخاب سزارین را فرار از درد زایمان می‌دانند، اما عمل سزارین، خود با درد فراوان همراه است و عواقب منفی متعددی نیز به همراه دارد. یکی از علت‌های افزایش سزارین در ایران پزشکان می‌باشند. آن‌ها مادران را به استفاده از شیوه سزارین ترغیب می‌کنند، این مسأله همراه با تصور زنان از زایمان طبیعی، سبب افزایش زایمان به شیوه سزارین در کشور می‌شود. در مورد زایمان طبیعی یک پزشک باید بسیار وقت بگذارد تا زایمان انجام شود یعنی در هر ساعت از شبانه‌روز که بیمار درد داشته باشد، پزشک باید به بیمارستان برود، از طرف دیگر تفاوت دستمزد سبب می‌شود پزشکان توصیه به سزارین نمایند. همچنین کم‌رنگ شدن جایگاه مامایی و

کاهش حضور و دخالت ماماها در امر زایمان و آموزش و تشویق به زایمان طبیعی و انجام آن که وظیفه اصلی آنان بوده و عدم توجه کافی مسؤولان بهداشتی به این امر، بیشتر به تمایل سزارین در بین زنان و پزشکان دامن زده است. علت دیگر افزایش تعداد سزارین، خود بیماران هستند. متأسفانه برخی از زنان سزارین را به عنوان یک پدیده مدرن می‌پندارند و فکر می‌کنند که باید سزارین شوند و می‌گویند زایمان طبیعی یک نوع روش ابتدایی و قدیمی است. برخی هم فکر می‌کنند سزارین برای نوزادشان بهتر است، چراکه فشاری روی سر نوزاد وارد نمی‌شود، در حالی که فشاری که جنین تحمل می‌کند برای او حتی مفید هم هست، چراکه با حالت مکشی که ایجاد می‌شود ریه‌های وی پاک می‌شود. به همین علت است که نوزادان زایمان طبیعی مشکلات تنفسی کمتری نسبت به سزارینی‌ها دارند. از بابت فشار بر روی سر جنین نیز به دلیل این‌که استخوان‌های سر او به نحوی هستند که این فشار را به خوبی تحمل می‌کنند هیچ عارضه‌ای برای نوزاد پیش نمی‌آورد، مگر در مواردی که سر جنین نسبت به لگن مادر بزرگ باشد که در این مواقع سزارین برای مادر و جنین مفید و ضروری تشخیص داده می‌شود. حتی در یک تحقیق مشخص شد نوزادانی که با روش طبیعی به دنیا آمده‌اند، بهره‌های بالاتری دارند، حتی با دیدگاه مدرنیته باید خاطر نشان ساخت که امروزه در کشورهای پیشرفته زایمان طبیعی را یک موفقیت بزرگ برای زنان می‌دانند که باعث افزایش اعتماد به نفس آن‌ها می‌شود، زیرا آن را استعداد بالقوه زنان می‌دانند و سزارین غیر ضروری را یک شکست تلقی می‌کنند، چون نتوانسته‌اند این توانایی را تجربه نمایند.

به علاوه با این‌که سزارین یک روش پیشرفته می‌باشد، ولی یک عمل جراحی است که در صورتی که برای بیمار واجب نباشد به ضرر او خواهد بود. امروزه در

آمریکا هیچ پزشکی نمی‌تواند بدون علت ضروری و قابل قبول اقدام به سزارین نماید و چیزی به عنوان سزارین اختیاری^۷ که ما در ایران داریم، وجود ندارد. با انجام این کار بیمار می‌تواند از نظر حقوقی شکایت نماید و طبق قوانین اخلاق پزشکی پزشک مورد توبیخ قرار می‌گیرد.

هر جامعه بنابر فرهنگی که دارد فهم خاصی از زایمان و تبعات آن دارد. در آمریکای شمالی زنان در تلاشند که نظریه جدیدی راجع به زایمان ارائه دهند. اشکال جدید جایگزینی و روش‌های جدید زایمان از سال ۱۹۷۰ توجه عالمان اجتماعی را به خود جلب کرده است و بسیاری در مطالعات زنان به آن‌ها پرداخته‌اند و آن را نوعی مقاومت زنان در برابر دستگاه پزشکی غالب می‌دانند. یکی از این اشکال زایمان خانگی است که روشی طبیعی برای فرار از مدل زیست‌پزشکی زایمان است. آن اوکلی از نخستین نویسندگانی بود که دو مدل مخالف زایمان را ترسیم کرد، پزشکی و طبیعی. طبق تحقیقات، اوکلی در سال ۱۹۷۵ متوجه شد ۶۹٪ از زنانی که اولین بار مادر می‌شوند کنترلی بر زایمان خود ندارند و این امکان ندارد مگر آنکه آگاهی کامل از دوران بارداری و مراقبت‌های آن، فواید زایمان طبیعی و عوارض سزارین داشته باشند. باربارا کاتزمن^۸ این دو مدل را با توصیف تفاوت میان آنچه پزشکی و مامایی می‌نامید، توضیح داد تا نشان دهد این نظریات تا چه حد بر عمل زایمان مؤثرند. دیویس فلوید^۹ این روش‌ها را زیست‌شناختی/ تکنولوژیک و طبیعی/ کل‌نگرانه نامید، تا ارتباط آن‌ها را با نظریات بزرگ‌تر فرهنگی نشان دهد. زایمان طبیعی زایمانی است که در آن زن می‌تواند به بدن خود احاطه داشته و بدن خود را کنترل کند. زایمان طبیعی در خانه به معنای رد استفاده از تکنولوژی پزشکی و تنها پذیرش داروهای گیاهی و خانگی برای تسکین درد است. اعتمادکردن به توانایی خود و کنترل‌داشتن بر بدن خود از

عوامل تعیین‌کننده در این تصمیم‌گیری‌ها می‌باشد. (جردن، ۲۰۰۱ م.) بعد از جنگ نمایش زایمان تغییر کرده بود، محیط زایمان بیشتر شبیه خانه بود تا محیط درمانی، پس از آن در اوضاع زایمان اختلاف قابل ملاحظه‌ای ایجاد شد. از یک طرف مامای کشیک، زایمان را کنترل می‌کند، از طرفی با افزایش و ثابت شدن تکنولوژی برتر در امر زایمان و جراحی، توجه بیشتری به سزارین شد.

چه کسی تصمیم می‌گیرد زایمان به صورت طبیعی یا سزارین انجام شود، مادر یا پزشک؟ برخی تصور می‌کنند این تصمیم را باید گروه پزشکان بگیرند. در مقابل عده‌ای به شدت مخالفند و می‌گویند مادر است که باید تصمیم بگیرد این دو دیدگاه قابل تلفیق است. (فلام، ۱۹۹۹ م.)

انتخاب شیوه زایمان در یک رابطه دو طرفه پزشک و بیمار قرار دارد. وقتی بیمار با وجود توصیه پزشک به زایمان طبیعی، اصرار به سزارین دارد پزشک کاری نمی‌تواند بکند. بنابر این هرچه با آموزش‌های عمومی سطح آگاهی زنان را بالا ببریم، پزشکان نیز در نهایت تابع نظر بیماران خود خواهند بود و جز در مواردی که از نظر پزشکی انجام‌دادن سزارین به نفع بیمار است آن را توصیه نمی‌کنند. (خداکرمی، ۲۰۰۴ م.)

نتیجه‌گیری

پزشکان، مادران را به استفاده از شیوه‌های سزارین ترغیب می‌کنند. این مسأله به همراه تصور زنان از زایمان طبیعی، سبب افزایش زایمان به شیوه سزارین در کشور می‌شود. پزشکان متخصص، بیماران را به عمل سزارین تشویق می‌کنند. برای یک زایمان طبیعی، پزشک باید چند ساعت وقت بگذارد. علاوه بر این، زایمان ممکن است در هر ساعت از روز یا شب اتفاق بیافتد. تفاوت دستمزد بین زایمان سزارین و طبیعی، همچنین ترافیک مسافت‌های طولانی، مشکلات و گرفتاری‌های کاری پزشک، تعداد مراجعان و رسیدگی به وضعیت همه آن‌ها، شاید سبب شود که پزشکان ترجیح بدهند که بیمار به شیوه سزارین زایمان کنند که زمان آن از قبل مشخص می‌شود و وقت‌گیری‌های زایمان طبیعی هم ندارد. (خداکرمی، ۲۰۰۴ م.)

ترس از زایمان و درد آن عامل مهمی به حساب می‌آید. درد احساس ناخوشایند، ولی مفید است. ۷ تا ۲۲٪ سزارین‌ها عامل ترس دارد. این ترس در زنان نخست زایش بیش از زنان چندزا رایج می‌باشد. (سایستو و همکاران، ۲۰۰۳ م.) ترس از درد و فرار از درد، انگیزه اغلب زنان برای انتخاب سزارین است. زنان برای فرار از درد زایمان طبیعی سزارین را انتخاب می‌کنند، زیرا تصور آن‌ها این است که با انتخاب سزارین هیچ‌گونه درد و مشکلی را تحمل نخواهند کرد. حال آنکه درد و عارضه پس از انجام سزارین، خواهد بود. در زایمان طبیعی درد چون متناوب است بین فواصل درد برای فرد امکان استراحت هست، اما در زایمان به روش سزارین درد پس از زایمان است. (خداکرمی، ۲۰۰۴ م.) در نهایت، با مقایسه یافته‌های تحقیق حاضر با تحقیقات انجام‌شده در داخل و خارج از کشور، می‌توان مطرح نمود که یافته‌های تحقیق فوق با تحقیقات سیدنوری (۲۰۰۴ م.) که مطرح می‌کند ارتباط بین انتخاب سزارین با طبقه اجتماعی وجود دارد، صفائیان (۱۹۹۹ م.) پیرامون

رابطه انتخاب سزارین با ترس از درد زایمان و همچنین توسلی (۱۹۷۸ م.) رابطه انتخاب سزارین با آموزش و گرانیامیه، انتخاب سزارین با روش‌های کاهش درد و آموزش به مادران رابطه دارد، مطابقت می‌نماید و با تحقیقات خارج از کشور همانند تحقیق ون وی کای (۱۹۹۸ م.) پیرامون رابطه انتخاب سزارین با طبقه اقتصادی، اجتماعی و درآمد، الیزابت (۲۰۰۲ م.) پیرامون رابطه انتخاب سزارین با طبقه اقتصادی، اجتماعی و رای‌دینگ (۱۹۹۳ م.) پیرامون رابطه انتخاب سزارین با ترس از عوارض زایمان، از جمله به خطراتادن زیبایی دستگاه تناسلی و منراد (۱۹۹۰ م.) پیرامون رابطه انتخاب سزارین با نفوذ پزشکان، بیوند لاماز (۱۹۹۸ م.) پیرامون رابطه انتخاب سزارین با میزان درآمد، جردن (۲۰۰۱ م.) انتخاب نوع زایمان با فرهنگ جامعه هماهنگ می‌باشد.

پیشنهاد‌های مبتنی بر یافته‌ها

با توجه به این که در این تحقیق مشخص گردید، ارتباط معناداری بین انتخاب سزارین با الگوبرداری از یکدیگر، توصیه پزشکان، ترس از زایمان طبیعی، حفظ زیبایی بدن و پایگاه اقتصادی - اجتماعی وجود دارد. مشاوره زنان پیش از زایمان و ارائه آموزش‌های لازم در دوران بارداری میزان زیادی مادران را در انتخاب روش صحیح زایمان راهنمایی می‌کنند. با راهنمایی و ترغیب مادران به زایمان با روش طبیعی می‌توان از بسیاری عوارض و ایجاد هزینه‌های سنگین ناشی از زایمان سزارین پیشگیری کرد. پزشکان مادران را به استفاده از شیوه سزارین ترغیب می‌کنند. به دنبال افزایش سزارین در سال‌های اخیر مسؤولان در سال ۸۲ دستورالعملی برای محدود کردن عمل سزارین صادر کردند که بر اساس آن عمل سزارین به شرایط اضطراری و خاص محدود می‌شود. بر اساس این بخشنامه و مصوبه مقرر

شد در صورتی که بیشتر از ۲۵٪ کل زایمان‌های انجام‌شده در یک بیمارستان به روش سزارین باشد، پرداخت حق بیمه آن قطع شود. با بهبود کیفیت بیمارستان‌های دولتی که زایمان طبیعی در اولویت باشد - تغییر تعرفه‌های بیمه به نفع زایمان طبیعی - ما می‌توانیم به جای استفاده از روش‌های بازدارنده از روش‌های دیگر، مانند آگاه‌کردن زنان از عوارض سزارین و آشناکردن زنان با شیوه‌های جدید زایمان طبیعی مانند زایمان در آب، استفاده از گاز خنده در زمان درد، زایمان به روش هیپنوتیزم، بی‌حسی نخاعی می‌باشد. ماماها نخستین کسانی هستند که با زنان باردار رابطه برقرار کرده و می‌توانند با شناسایی عوامل غیر طبیعی به آن‌ها کمک کرده تا درصد رفع مشکلات ایجادشده برآیند و ضمن مشاوره در مورد انتخاب نوع زایمان، از مزایای زایمان طبیعی و زیان‌های زایمان سزارین به آن‌ها کمک نمایند و از افزایش بی‌رویه و پیامدهای ناگوار و ابعاد و اثرات روحی پس از انجام سزارین جلوگیری نمایند. از این رو جا دارد مسؤولان بهداشتی جایگاه ویژه‌ای را برای حرفه مامایی در ایران در نظر بگیرند و نقش و حضور ماماها را در زایمان طبیعی و بخش‌های زایمان افزایش دهند.

توصیه می‌شود کلیه مراکز بهداشتی و درمانی کلاس‌های آموزشی اجباری توسط ماماها، برای مادران در دوران بارداری برگزار نمایند تا از این طریق ترس از زایمان و روش‌های درمان آن و فواید زایمان طبیعی و عوارض سزارین برای آن‌ها بازگو کنند.

جدول ۱: آزمون همبستگی انتخاب سزارین با متغیرهای وابسته آزمون شده

انتخاب سزارین		متغیر وابسته
سطح معناداری	ضریب همبستگی	متغیر مستقل
۰/۱۷۵	۰/۱۱	آگاهی از فواید زایمان طبیعی
۰/۰۰۳	۰/۲۶	آگاهی از عوارض سزارین
۰/۰۰۱	۰/۲۵	ترس از زایمان طبیعی
۰/۰۷۰	۰/۱۴	فردگرایی و کم‌رنگ شدن وظایف مادری
۰/۰۰۱	۰/۳۲	مدرن شدن و حفظ زیبایی بدن
۰/۰۰۱	۰/۴۹	تشویق پزشکان
۰/۰۰۱	۰/۳۴	الگوپردازی از دیگران

جدول ۲: t دو گروه مستقل (زنان خانه‌دار و شاغل) درگرایش به سزارین

گروه	میانگین	انحراف معیار	میزان t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
خانه‌دار	۵/۴۵	۲/۷۵	-۳/۶۹	۱۸۷	۰/۰۰۱
شاغل	۷/۱۰	۲/۵۰			

جدول ۳: مقایسه «انتخاب سزارین» با تأکید بر شغل همسر

فنی	کارگر	آزاد	کارمند	میزان تفاوت سطح معنی‌داری
۰/۴۸	۱/۸۱	۰/۸۲		کارمند
-۰/۳۴	۰/۹۸		۰/۱۰۵	آزاد
-۱/۳۳		۰/۰۵۹	۰/۰۰۱	کارگر
	۰/۱۰۲	۰/۶۵۷	۰/۵۵۰	فنی

جدول ۴: مقایسه «انتخاب سزارین» با تأکید بر «طبقه اجتماعی»

بالا	متوسط	پائین	میزان تفاوت سطح معنی‌داری
-۲/۲۳	-۰/۴۰		پائین
-۱/۸۳		۰/۳۶۷	متوسط
	۰/۰۲۴	۰/۰۰۹	بالا

پی‌نوشت‌ها

1. Graham
2. Oakley
3. Norman Havkins
4. Wandy Savoge
5. Oakley
6. Rothman
7. Elective
8. Barbara Katzman
9. Floyd

فهرست منابع

- About, P. Walas, K. (2004). *Women sociology*. Nashre Nei: 100,156, 157.
- Ahmadnia, S. (1384). Body`s sociology and women`s body. *Faslname zanan*. 2 (5): 132-43.
- Al-flamm, B. (1999). *Why sesarean section?* Nasle no andish: 259.
- Bernards, J. (2005). *An approach to family studies*. 827.
- Cunningham, FG. Leveno, KJ. Bloom, SL. (2010). *Williams Obstetrics*. Nashre nei: 277
- Harer, W. (2000). Patient choice cesarean. *Americal College of Obstetrics & Gynecology. Clinical Review*. 5: 6-15
- Hofberg, K. Ward, MR. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad*. 54.
- Jordan, B. (2001). Negotiating Control and Meaning: Home birth as a Self Constructed choice in Finland. *Science & Medicine*. 1109-21.
- Kalish, RB. McCullough, LB. Chervenak, FA. (2008). Patient choice cesarean delivery: ethical issues. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 20 (2): 116-9.
- Khoda karami, N. (1383). Scientific warnings about cesarian section. *Food*

and health. 12: 11-21

- Lamaz, B. (1998). Socioeconomic status and women's Experiences with Childbirth preparation. *Journal of gender, culture and health*. 3: 160-7.
- Little, MO. Lyerly, AD. Mitchell, LM, Armstrong, EM. Harris, LH. (2008). Mode of delivery. *Obstetrics and Gynecology*. 112 (4): 913-8.
- Merghatie khoyi, E. Abad, M. (1388). Elective cesarian, ethical or nonethical?. *Medical ethics quarterly*. 3 (8): 12-104
- Mohammadi, G. Abbasi, M. (1393).the evaluation rate of awareness in choosing the delivery method by pregnant women. *Medical ethics quarterly*. 8 (28): 52-69
- Mohseni, M. (1368). *Medical sociology*. Tahouri: 7.
- Okley, A. (1998). Science, Gender and Women's Liberation: *An Argument against Postmodernism*. *Women's Studies International Forums*. 21 (2): 133-46
- Rafiei, H. Radi, A. (1392). Medical ethics. *Research into dentistry*. 3 (10): 1-3.
- Ryding, El. (1993). *Psychological Impact of Emergency, cesareansection in comparison With Elective Cesarean Section Obstetrics & gyneocology*. 135-44.
- Saisto, T. Halmesmaki, E. (2003). Fear of Child Birth: A Neglected Dilemma. *Acta obstet Gynecol Scand*. 82 (3): 201-8.
- Smith, T. (1949). *Etics in medical research*. Baraye farda: 57, 357
- Walker, L. (1998). The Rise in Cesarean Section Rate, Same Indication but a lower Threshold. *Brithish j Of Ob & Gy, June*. 105: 621-6.
- Wen, WC. Marks, CHC. Chen, ET. Ai, I. (1998). Increased cesarean section rate and emerging patterns of heal TH insurance in Shanghai, China. *Am J Of Public Health*. 88 (5): 777-80.

یادداشت شناسه مؤلفان

افسانه توسلی: عضو هیأت علمی دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، گروه مطالعات زنان و خانواده، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: Afsaneh_tavassoli@alzahra.ac.ir

فریده کلاری: کارشناس ارشد مطالعات زنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

اشرف ظفیری دیزجی: دانشجوی کارشناسی ارشد مطالعات زنان دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

Social Factors affecting Cesarean Trend in pregnant women*A.Tavassoli**F.Kalari**A.Zafari Dizji***Abstract**

A healthy and successful society is formed by healthy and knowledgeable mothers. How mothers deliver babies plays a great role on their own health. Women should be free to choose knowingly during their pregnancy and child delivery. Doctors are to help women, not to control them or decide on their behalves. According to the general principles of medical ethics, in order to preserve and respect the “right to decide” of patients capable of making their own decisions, medical teams must provide their patients with all their required information and complete, unbiased and reliable facts about their condition so they can make their own decisions with freedom and awareness. Medical teams must also bear in mind the basic principle of “Assessment of risks and benefits” in their medications and prescriptions, and they must try to find the most optimized condition by fine-tuning the two parameters, in order to treat the needs of their patients. Cesarean is a method of child delivery that, in recent years, has attracted many women, without having any knowledge of how it is done or what the consequences are. This paper tends to study social elements that have tempted women into Cesarean during recent years. The research methodology is a survey. The sample volume came to 200 women, using Cochran Formula. The statistical population included 3-month pregnant women going to hospitals of district1 in Tehran. The tools of data gathering were questionnaires first, demographic characteristic of the samples (age, education, marital, status) were described and frequency and percentage charts were drawn. Finally, descriptive statistical charts were used to describe variably like Cesareans encouraged by physicians, body fitness and fear of natural delivery, modeling and fading of

motherhood duties, advantages of natural delivery and disadvantages of Cesarean.

Findings are as follows: There is a noticeable relationship between the selections of Cesarean and knowing the consequences, doctors encouragements, fear of natural delivery, modeling, keeping body fitness, social and economic level of women; there is no such noticeable relationship between selection of Cesarean and knowing the advantages of natural delivery and fading of motherhood duties.

Keywords

Pregnancy, Cesarean Trend, Advantages of Natural Delivery, Knowledge of Pregnant Mothers, Medical Ethics