

تجربه زیسته مادران از انتخاب زایمان سزارین: یک مطالعه پدیدار شناسی

دکتر روناک شاهوی^{۱*}، فاطمه رستمی^۲، فرنگیس خسروی^۳، فریبا رعنائی^۳، لیلا هاشمی نسب^۳، کژال حسامی^۳، فرزانه ظاهری^۴

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۲. کارشناس مامایی، بیمارستان بعثت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۳. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۴. دانشجوی دکترای بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۷

خلاصه

مقدمه: زایمان سزارین با درخواست مادر، به سزارین انتخابی برای بارداری ترم طبق درخواست مادر و علی رغم فقدان اندیکاسیون های مادری یا جنینی اطلاق می شود. میزان شیوع زایمان طبیعی و سزارین در زنان باردار یک کشور، یکی از شاخص های بررسی عملکرد برنامه های سلامتی مادران به شمار می رود و افزایش سزارین های غیر ضروری و کاهش زایمان طبیعی در بین زنان، حاکی از عملکرد نامناسب نظام سلامتی می باشد. مطالعه حاضر با هدف تبیین تجربه زیسته مادران نخست زا از انتخاب زایمان سزارین انجام شد.

روش کار: در این مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناسی، ۱۲ زن نولی پار با روش مصاحبه عمیق و نیمه سازمان یافته مورد بررسی قرار گرفتند. مصاحبه ها با توافق شرکت کنندگان در مراکز درمانی یا منزل آنان صورت گرفت و شرکت کنندگان دلایل انتخاب روش سزارین را ۶ هفته پس از زایمان به بحث گذاشتند. تمام مصاحبه ها ضبط و کلمه به کلمه پیاده شد و با استفاده از روش کولیزی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: در این مطالعه ۳ درونمایه اصلی و چندین درون مایه فرعی استخراج شد. درونمایه های اصلی شامل: ترس، تجربه نامطلوب و تشویق دیگران بود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه و عوامل مؤثر در انتخاب سزارین الکتیو در مادران نخست زا، به نظر می رسد که بهترین راه کاهش میزان سزارین، کاهش سزارین در خانم های نخست زا است. بنابراین باید زنان نخست زا با ایجاد درک صحیح نسبت به مزایا، خطرات و عوارض احتمالی روش های زایمانی، به سمت زایمان طبیعی سوق داده شوند.

کلمات کلیدی: سزارین، زنان، مطالعه کیفی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر روناک شاهوی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. تلفن: ۰۸۷۱-۶۶۶۱۱۲۰؛ پست الکترونیک: rshaho@yahoo.com

مقدمه

زایمان سزارین با درخواست مادر، انتخاب مادر برای انجام سزارین، یا سزارین طبق درخواست، اصطلاحاتی هستند که به سزارین انتخابی برای بارداری ترم، طبق درخواست مادر و علی رغم فقدان اندیکاسیون های مادری یا جنینی اطلاق می شوند (۱). در دهه گذشته، انجام زایمان به روش سزارین افزایش قابل توجهی داشته و در برخی نقاط جهان به بیش از ۵۰ درصد از کل زایمان ها رسیده است (۲). این افزایش، نه تنها به طور معنی داری میزان مرگ و میر و بیماری زایی را کاهش نداده است، بلکه هزینه مراقبت ها را افزایش، خطر سلامت مادران را زیاد و روند بهبودی آن ها را کند کرده است (۳).

بر اساس توصیه سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۵، میزان سزارین نباید در هیچ قسمتی از دنیا به بیش از ۱۵-۱۰ درصد تمام زایمان ها برسد (۴). میزان شیوع زایمان طبیعی و سزارین در زنان باردار یک کشور، یکی از شاخص های بررسی عملکرد برنامه های سلامتی مادران به شمار می رود و افزایش سزارین های غیر ضروری و کاهش زایمان طبیعی در بین زنان، حاکی از عملکرد نامناسب نظام سلامتی می باشد (۵).

عوارض همراه سزارین به مراتب بیش از زایمان واژینال است و عوارض مربوط به بیهوشی مانند آسپیراسیون، کاهش فشارخون، سردرد، خونریزی، آتونی رحم، عوارض ناشی از ترانسفوزیون خون، عفونت پس از جراحی، عوارض ناشی از جراحی نظیر جفت سرراهی و چسبندگی های غیر طبیعی، صدمات وارده به مجاری ادراری و گوارشی بعد از سزارین برای مادران گزارش شده است (۶). از سوی دیگر پیامدهای نامطلوب زایمان سزارین برای نوزاد شامل: افزایش مرگ نوزادان، آپگار پایین و افزایش بروز مشکلات موقت تنفسی می باشد (۷). همچنین در سزارین های پیش از موعد، تولد نوزاد با وزن کم، مرده زایی و مرگ نوزاد در بارداری های بعدی گزارش شده است (۲).

امروزه در کشورهای غربی و در ایالات متحده آمریکا بیشترین میزان سزارین با دو علت طبی شایع انجام می گیرد که شایع ترین آن سزارین تکراری (۳۶٪) و

دیستوشی زایمانی (۳۰/۱٪) است که شامل بزرگی جنین و تنگی لگن مادر می باشد (۶). در طول دهه گذشته میلادی، تعداد اندیکاسیون های سزارین افزایش یافته؛ به گونه ای که درخواست مادر برای سزارین انتخابی در مواقعی که اندیکاسیون طبی یا مامایی وجود ندارد، به لیست اندیکاسیون های سزارین افزوده شده است (۸). علل درخواست مادر برای انجام سزارین پیچیده هستند و مسائل اجتماعی و فرهنگی در آن نقش دارند. شایع ترین این دلایل شامل: ترس از درد زایمان، عدم اطمینان از نتایج و ترس از مداخله اورژانس مانند استفاده از فورسپس و واکيوم، ترس از دیسترس جنینی حین زایمان، ترس از ایجاد اختلال عملکرد جنسی، بی اختیاری استرسی و یا پرولاپس لگنی در آینده و راحتی می باشد. از دیگر دلایل این درخواست این است که تصور می شود سزارین در زنان سالم بی خطر بوده یا خطر اندکی دارد (۹).

در ایران ۶۵-۵۰ درصد زایمان ها به روش سزارین بوده که ۹۰ درصد آن ها در شهرها و بیمارستان های خصوصی انجام می شود (۱۰). میزان سزارین در ایران ۳ تا ۴ برابر استاندارد جهانی است و ۷۵ درصد سزارین هایی که در ایران انجام می شود، بدون اندیکاسیون طبی و به صورت انتخابی است (۱۱). در مطالعه محمد بیگی و همکاران (۲۰۰۹) میزان سزارین در شیراز ۶۶/۴ درصد و در مطالعه شاکری و همکاران (۲۰۱۲) میزان سزارین در زنجان ۴۳ درصد بود که ۴۳ درصد آن الکتیو بوده است (۱۲، ۱۳). در مطالعه قاسمی (۲۰۱۲) میزان سزارین در یزد ۴۴/۵ درصد بود که ۷۳/۵۸ درصد آن الکتیو بوده است (۱۴). در مطالعه شریعت و همکاران (۲۰۰۲) در تهران میزان سزارین ۶۶/۵ درصد و در مرکز آموزشی - درمانی بعثت سنندج میزان سزارین در سال ۱۳۸۸، ۳۵ درصد و در سال ۱۳۸۹، ۴۳ درصد بوده است (۱۵، ۱۶).

از آنجایی که اکثر مطالعات انجام شده در مورد سزارین و عوامل مؤثر بر آن در ایران به صورت کمی بوده و کمتر به تجربه زن و علل انتخاب نوع زایمان از زبان او پرداخته شده؛ در حالی که زایمان (طبیعی یا سزارین) یک تجربه در زندگی زن است که متأثر از عوامل متعددی است، بنابراین کشف روابط واقعی در این حوزه

پس از زایمان طی تماس تلفنی، از آنان جهت شرکت در مصاحبه دعوت به عمل آمد و بر اساس تعیین زمان و مکان از طرف شرکت کننده، مصاحبه ها در مرکز بهداشتی درمانی در اتاقی آرام و خصوصی و یا در منزل آن ها صورت گرفت. شرکت کنندگان با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و نمونه گیری تا زمان اشباع داده ها و عدم دستیابی به داده های جدید ادامه یافت. در روز مصاحبه، پژوهشگر مجدداً پس از بیان اهداف مطالعه، سعی در جلب اطمینان و اعتماد شرکت کنندگان نمود و به آنان در مورد محرمانه بودن مصاحبه ها و آزاد بودن جهت خروج از مطالعه در صورت عدم تمایل به ادامه اطمینان داد. همچنین از شرکت کنندگان رضایت نامه کتبی و اجازه جهت استفاده از ضبط صوت گرفته شد.

در این مطالعه جهت جمع آوری داده ها از روش مصاحبه عمیق و نیمه سازمان یافته همراه با گمانه زنی کلامی و غیر کلامی استفاده شد. هر مصاحبه حدود ۹۰-۶۰ دقیقه طول کشید و تمام مصاحبه ها بر روی فایل صوتی ضبط و سپس به دقت شنیده و بر روی کاغذ پیاده شد تا در تحلیل های همزمان با تحقیق و یا بعد از مصاحبه مورد استفاده قرار گیرند. صانعی و همکار (۲۰۰۱) معتقدند که بهترین روش ثبت مصاحبه ها، استفاده از ضبط صوت است زیرا ضبط صدای مصاحبه شونده، عیناً حاوی الفاظ بیان شده و همچنین سؤالات مطرح شده می باشد، بنابراین پژوهشگران دچار خطا نمی شوند و مباحث مهم مطرح شده در گفتگو را فراموش نمی کنند. مصاحبه کننده با این روش قادر است با طرف صحبت خود تماس چشمی داشته باشد و به آنچه که او می گوید به دقت توجه کند (۱۷).

در این مطالعه سعی شد تا لحن مصاحبه ها به صورت یک گفتمان حفظ شود و در عین همدلی، حتی الامکان از ارائه نظر خودداری شود. هر مصاحبه با این سؤالات ختم شد «آیا فکر می کنید سؤالی بوده که مطرح نشده؟ آیا مایلید از من سؤال بپرسید؟». در پایان مصاحبه از مادر اجازه گرفته شد که در صورت نیاز به مصاحبه و یا داشتن سؤال، مجدداً با آن ها تماس گرفته

مستلزم بررسی عمیق در تجربیات و نگرش اعضاء درگیر در آن (مادران، ماماها و پزشکان) است، لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین تجربه زیسته مادران نخست زای از انتخاب زایمان سزارین انجام شد تا شاید بتواند گامی مؤثر در شناسایی علل انتخاب این روش، مشکلات موجود در راه انتخاب زایمان واژینال و شناسایی نیازهای مادران از زبان خود آنان برداشت.

روش کار

این مطالعه کیفی با رویکرد فنومنولوژی (پدیدارشناسی) بود. هدف مطالعه پدیده شناسی، تشریح و توضیح ساختار یا ماهیت تجارب زنده در مورد یک پدیده است و در جستجوی و ارائه یک معنا و مفهوم واحد است که نماد ماهیت و ذات آن پدیده و توصیفی دقیق از تجارب زنده روزمره آن پدیده باشد. در مطالعه پدیدارشناسی منبع اصلی داده ها، گفتگوهای عمیق محقق و شرکت کنندگان به عنوان همکاران است. محقق به شرکت کننده کمک می کند تا تجربیات زنده اش را توصیف کند، بدون اینکه بحث را هدایت کند. محقق از طریق گفتگوهای عمیق تلاش می کند به دنیای شرکت کنندگان وارد شود تا به تجربیات زنده آنها دسترسی کامل پیدا کند. برای تعدادی از محققان پدیدارشناس، تحقیق نه تنها اطلاعات را از شرکت کنندگان جمع آوری می کند، بلکه سعی می کند تا پدیده را به همان صورت از طریق مشاهده، مشارکت و تفکر درون نگر تجربه کند (۱۷).

شرکت کنندگان در این مطالعه شامل زنان نخست زایی بود که در بیمارستان بعثت سنندج جهت سزارین انتخابی بدون هیچگونه اندیکاسیون سزارین بستری شدند و تمایل به شرکت در مطالعه و توانایی یادآوری و توصیف دلایل انتخابشان را داشتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان با حاملگی ترم، شکم اول، تک قلو و بستری جهت سزارین الکتیو بود. پژوهشگر طی سه روز در هفته با مراجعه به بخش زایمان، پس از معرفی خود به تمام زنان واجد شرایط ورود به مطالعه، هدف از انجام طرح را بیان کرد. از زنانی که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند شماره تماس گرفته شد و ۶ هفته

شود. پژوهشگر متوجه شد که پس از ۱۰ مصاحبه، داده اطلاعات تازه ای در بردارد و تکرار مطالب قبلی است و اشباع داده ها صورت گرفته است و به منظور اطمینان بیشتر، ۲ مصاحبه اضافی انجام داد و در مجموع شرکت کنندگان ۱۲ نفر شدند.

در این مطالعه تحلیل داده ها از همان مصاحبه اول و به موازات انجام مصاحبه ها و با استفاده از روش کولیزی انجام شد بدین صورت که ابتدا تمام اطلاعات به دقت خوانده شد تا احساس و درک از عقاید و تجربیات مادران به دست آید؛ به گونه ای که قابل فهم برای محقق باشد. در دومین گام تمام کلمات و جملاتی که در ارتباط با پدیده موردنظر بود استخراج و کدگذاری شد. سپس با خواندن مجدد اطلاعات و دسته بندی آن ها، تم ها (درون مایه ها) به دست آمد. در این مرحله پژوهشگر سعی می کرد روابط بین تم ها و جملات مربوط به آن ها را و همچنین ارتباط بین تم ها را بیابد و توصیف جامعی از پدیده به دست آورد. در آخرین مرحله با مراجعه به شرکت کنندگان در مطالعه، از آنان در مورد یافته های پژوهش سؤال و عقیده آنان پرسیده شد و میزان اعتبار نتایج ارزیابی شد.

راهکار هایی که برای اعتباربخشی به نتایج استفاده شد شامل شنیدن و خواندن مکرر مصاحبه ها و استفاده از نظرات همکاران بود. همچنین از نظارت خارجی استفاده شد؛ بدین معنا که بخشی از داده ها به محقق که ارتباطی با پژوهش نداشت و به منزله یک ناظر خارجی بود، داده شد تا مشخص شود که آیا او نیز درک مشابهی از داده ها دارد. هماهنگی در کدگذاری بین ناظر و محققین بیش از ۸۰ درصد بود.

یافته ها

زنان شرکت کننده در این مطالعه در محدوده سنی ۳۲-۲۵ سال بودند. سطح تحصیلات اکثر آن ها (۷۸٪) دیپلم و ۳ نفر (۲۵٪) از آنان خانه دار و سایر افراد شاغل بودند. پس از تحلیل تجربیات مشارکت کنندگان، ۳ درونمایه یا تم اصلی و چندین درونمایه فرعی استخراج شد. درونمایه های اصلی شامل ترس، تجربه نامطلوب و تشویق دیگران بود (جدول ۱). در این قسمت به برخی بیانات شرکت کنندگان در مطالعه و نحوه استدلال در طی تحلیل اطلاعات اشاره شده است.

جدول ۱- نحوه استخراج مفاهیم اصلی از ترکیب کدها

کد	طبقه	درون مایه اصلی یا تم
عدم تحمل، دردناک بودن، وحشتناک بودن، زجر آور بودن	ترس از درد زایمان	ترس
عقب ماندگی، کنده شدن دست و پا، گیر کردن در کانال زایمان، افتادن نوزاد از دست عامل زایمانی	ترس از آسیب به نوزاد	
پائین افتادن مثانه، عدم کنترل ادرار، دفع گاز، ناتوانی در اعمال جنسی	ترس از عوارض زایمان	ترس از رفتار نامناسب در بیمارستان
خشونت، گله مندی، عدم رعایت حریم شخصی، توهین، بی توجهی	ترس از رفتار نامناسب در بیمارستان	
دردناک بودن، عدم تحمل تجربه ناخوشایند	معاینه واژینال	تجربه نامطلوب
جیغ مادران، درد کشیدن، گریه و زاری در بخش، فقدان همدردی	بستری در بخش	
درد آور، زجر کشیدن مادر، ناخوشایند، ترسناک، خاطره درد، تجربه درد	دیدن فیلم زایمان	شنیدن تجربه نامطلوب اطرافیان
خاطره بدرفتاری، سابقه شنیدن توهین	شنیدن تجربه نامطلوب اطرافیان	
توصیه، دلسوزی، دوست داشتن، پیشنهاد		تشویق اطرافیان

نوزاد، عوارض زایمان و رفتارهای نامناسب در بخش زایمان بود. در رابطه با ترس از درد زایمان یکی از شرکت کنندگان چنین بیان کرد:

الف) ترس

شرکت کنندگان به کرات از کلمات ترس و وحشت در مصاحبه استفاده کردند. این درونمایه اصلی دارای درونمایه های فرعی: ترس از درد زایمان، آسیب به

"از درد زایمان خیلی می ترسیدم و به خاطر همین حاضر نبودم بچه دار شوم و وقتی فهمیدم حامله ام، از همان اول به شوهرم گفتم من می خوام سزارین کنم".
شرکت کننده ای ترس خود را به دلیل حفظ سلامت نوزاد در موقع زایمان ذکر می کرد:

"بچه یکی از اطرافیان موقع زایمان دستش فلج شده، به خاطر همین منم می ترسیدم نکنه موقع زایمان بچه دچار مشکل بشه و به خاطر همین تصمیم گرفتم سزارین کنم".

شرکت کننده دیگری تمایلش برای سزارین را به دلیل ترس از مرگ نوزاد ذکر می کرد:

" فکر می کردم ممکنه موقع زایمان خودم یا بچه ام بمیریم".

شرکت کننده ای می گفت:

" فکر می کردم اگه موقع زایمان طبیعی سر بچه ام گیر کنه یا دست و پاش کنده بشه یا اگه پرت بشه رو زمین چیکار کنم".

ترس از عوارض زایمان طبیعی و احساس ایجاد مشکل و ناتوانی بعد از زایمان یکی از دلایل انتخاب روش سزارین در شرکت کنندگان بود.

"راستش من نمی خواستم سزارین کنم ولی زن داداشم زایمان کرد بعد از زایمان مجبور شد عمل کنه زایمان باعث شده بود مثانه اش پایین بیاد یعنی همه اش مشکل داشت نمی توانست خودش را نگه داره. خوب منم وقتی اونو دیدم نمی خواستم مثل اون بشم، اون الان هم درد و مشکل داره".

شرکت کننده دیگری اظهار می کرد:

" فکر می کردم کسانی که که زایمان طبیعی می کنند بعدش دچار شلی و پارگی می شوند چون خواهرم و دختر عمه ام بعد از زایمان مجبور شدند عمل کنند".

تعدادی از شرکت کنندگان دلیل تصمیم به انتخاب سزارین را ترس از رفتارهای نامناسب در بخش زایمان ذکر می کردند.

یکی از شرکت کنندگان می گفت:

"کسانی که که برای زایمان بیمارستان رفته بودند می گفتند ماماها عصبانی و بد رفتارند، اصلاً به مریض توجه نمی کنند و هر چقدر هم خواهش کنی اصلاً بهت

محل نمی گذارند. همسایه مون که زایمان کرده بود می گفت هر دقیقه می اومدند معاینه ام می کردند ناخن هاشون توی گوشتم می رفت وقتی هم ازشون خواهش می کردم آروم تر معاینه کنند، روی دستم می زدند و حرف های رکیک بهم می گفتند؛ بیچاره اونجا همه اش گریه کرده بود".

ب) تجربه نامطلوب

داشتن تجربه نامطلوب در تعدادی از شرکت کنندگان، یکی از عوامل تأثیرگذار در انتخاب روش سزارین بود. این درون مایه اصلی دارای درونمایه های فرعی: سابقه تجربه ناخوشایند فرد و تجربه نامطلوب اطرافیان بود. سابقه تجربه ناخوشایند فرد حاصل سابقه معاینه واژینال، بستری در بخش، دیدن فیلم زایمان و شنیدن داستان هایی در مورد زایمان بود. شرکت کننده ای تعریف می کرد:

"من یک بار توی مطب معاینه شدم خیلی درد داشت واقعاً وحشتناک بود. راستش من نمی خواستم معاینه ام کنند به خاطر همین به دکتر گفتم می خوام سزارین بشم اون هم قبول کرد".

شرکت کننده دیگری اظهار داشت:

"ماه هشتم کمی فشارم بالا رفت از درمانگاه بهم نامه دادند رفتم بیمارستان، اون ها گفتند باید بستری بشی منم مجبور شدم بستری بشم. وقتی رفتم توی بخش زن ها جیغ می زدند درد داشتند، گریه می کردند، هیچ کس هم کمکشون نمی کرد".

"خواهرم بهم گفته بود که توی اطاق زایمان زیاد معاینه می کنند؛ می گفت اونجا دانشجوها چند تا چند تا با هم معاینه می کنند حتی خواهرم می گفت توی بخش مرد هم هست و جلوی مردها معاینه می کنند".
شرکت کننده ای نیز از تأثیر منفی فیلم ها صحبت می کرد:

"در مورد زایمان، زیاد فیلم نگاه می کردم و می دیدم زن های بیچاره چقدر زجر می کشند و چقدر سخته".

شنیدن تجربیات ناخوشایند اطرافیان نیز از عوامل تأثیرگذار در انتخاب روش زایمان بود.

"همه دوستانم که هم سن و سال هستیم و زایمان کرده بودند می گفتند زایمانشان سخت بوده و خیلی

اذیت شدن می گفتند با قیچی تیکه پاره شون کردن و وقتی دوختن خیلی وحشتناک بوده".

شرکت کننده ای اظهار داشت:

"خواهرم دو ماه قبل از من حامله شد. موقع زایمانش من باهاش رفتم بیمارستان. اون برام تعریف کرد که خیلی درد داشته، هیچ کس هم بهش کمک نمی کرده و موقع زایمان یکی با آرنجش روی شکمش فشار می داده الان هم هنوز دنده هاش درد می کنه، اون خیلی اذیت شده بود. بعد از زایمان هم همه اش گریه می کرد می گفتند افسرده شده".

ج) تشویق اطرافیان

توصیه و تشویق اطرافیان یکی از عواملی بود که در انتخاب شرکت کنندگان مؤثر بوده؛ به گونه ای که یکی از آنان اظهار داشت:

"کسانی که که زایمان کرده بودند بهم می گفتند سزارین کن که درد نکشی؛ می گفتن سزارین برای بچه هم بهتره و باهوش می شه".

شرکت کننده ای تعریف می کرد:

"یکی از دوستانم که سزارین کرده بود می گفت اصلاً درد نداشته، وقتی رفته بیمارستان بلافاصله فرستادنش اطاق عمل و بعد از عمل هم اصلاً درد نداشته. اون همه اش به من می گفت سزارین کن که اذیت نشی، می گفت سزارین بهتره".

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که ترس مادر، یکی از عوامل تأثیرگذار بر انتخاب روش زایمان به صورت سزارین است. این ترس ناشی از درد زایمان، آسیب به نوزاد، عوارض زایمان و رفتارهای نامناسب در بخش بود که این یافته با نتایج سایر مطالعات در این زمینه همخوانی داشت (۲۶-۱۸).

دلایل ترس از زایمان در جوامع مختلف از جنبه های مختلفی بیان شده است. ترس از زایمان در زنان نخست زا بیشتر از زنان چندزا است (۱۹). مطالعه عبادی فراهانی (۲۰۰۶) نشان داد که درد، یکی از شایع ترین مشکلات پزشکی و به عنوان عامل تهدید کننده توانایی های فردی بوده که بیش از هر مسأله ای باعث ترس و

اضطراب شده و فرد را وادار به تقاضای کمک می کند (۲۷). همچنین پیردل و همکاران (۲۰۰۶) معتقدند که درد زایمان یکی از درد هایی است که زنان در طول زندگی خود تجربه می کنند و می تواند بر روی تمامی ابعاد زندگی مادر باردار و سایر اعضای خانواده تأثیر بگذارد (۲۰).

در مطالعه حاضر یکی دیگر از عوامل مؤثر در انتخاب سزارین، ترس از آسیب به جنین و حفظ سلامت او در هنگام تولد بود. در مطالعه کیفی جان و همکاران (۲۰۰۷) که بر روی ۲۳ زن چندزا و ۴۱ زن نخست زا انجام شد، بعد از ترس از زایمان به عنوان یک عامل مهم در عدم تمایل زنان برای زایمان طبیعی؛ عامل مؤثر دیگر، ایمن نبودن این روش برای حفظ سلامت جنین بود و واحد های پژوهش، سزارین را یک روش ایمن برای حفظ سلامت جنین خود می دانستند (۲۱) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر ترس از عوارض زایمان واژینال نیز یکی از عوامل تأثیرگذار در انتخاب سزارین بود. در حالی که قاسمی (۲۰۱۲) بیان می کند که حتی در مراکز پیشرفته مامایی، ایمنی سزارین کمتر از زایمان طبیعی است و این امر به دلیل عوارض نظیر خونریزی سزارین در حد ۲ برابر زایمان طبیعی، افزایش احتمال بروز عفونت رحمی پس از زایمان، درد بیشتر پس از زایمان و عواقب بیهوشی در مادر و جنین می باشد و علاوه بر این، حاملگی در مادر بارداری که زایمان قبلی او به روش سزارین انجام شده، جزء بارداری های پرخطر طبقه بندی می شود. در افراد با سزارین قبلی، خطر پارگی رحم، آسیب به مادر و نوزاد و طولانی شدن مدت عمل به دلیل چسبندگی های داخل شکم و خونریزی حین و بعد از عمل، احتمال عفونت و باز شدن زخم محل عمل و طولانی شدن مدت بستری در بیمارستان با احتمال بیشتری نسبت به فردی که قبلاً عمل جراحی نداشته مطرح است (۱۴). ویسکو و همکاران (۲۰۰۶)، معتقدند که در زایمان های سزارین، مرگ و میر مادری و هزینه مالی بیشتر از زایمان واژینال است. نیاز بیشتری به پرسنل پزشکی و بهداشتی مانند متخصص زنان، ماما و پرسنل بیهوشی وجود دارد،

خصوصی و کمبود پرسنل در مرکز مورد مطالعه باشد که این یافته با نتایج مطالعه کیفی جمشیدی منش و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی داشت. آنان طی یک مطالعه کیفی که به منظور بررسی روند تصمیم‌گیری در انتخاب زایمان به روش سزارین در ۲۶ زن در سه ماهه سوم بارداری در تهران انجام دادند؛ ترس از ناشناخته‌ها، بی‌دردی سزارین، آرامش جسمی و روحی سزارین، تجربه نامطلوب و تشویق دیگران، نگرانی از عوارض، ارتباط نامناسب کادر درمان، احساس مرگ و تنهایی و به خطر افتادن سلامت نوزاد را به عنوان مضامین اصلی بیان کردند (۳۱).

در مطالعه حاضر سابقه معاینه واژینال، دیدن فیلم زایمان و شنیدن تجربه نامطلوب اطرافیان، منجر به ایجاد تجربه ناخوشایند شده و از عوامل تأثیرگذار در انتخاب زایمان سزارین بود که این یافته با نتایج سایر مطالعات همخوانی داشت که نشان دادند شنیدن داستان‌های منفی در مورد زایمان و دیدن فیلم‌های زایمان، در ایجاد ترس و انتخاب زایمان سزارین دخیل هستند (۲۳، ۳۲).

در مطالعه حاضر تشویق دیگران از دیگر علل مؤثر در انتخاب روش سزارین بود که با نتایج مطالعه نوری و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی داشت. در مطالعه آن‌ها که در زمینه بررسی و آگاهی و نگرش زنان باردار متقاضی سزارین انجام شد، واحدهای پژوهش با پیشنهاد خانواده و دوستان (۱/۱۷٪)، توصیه پزشک (۶/۳۸٪) و بیمه بودن جهت پرداخت هزینه سزارین (۸/۱۳٪) به عنوان دلایل مؤثر در انتخاب عمل سزارین ذکر شده است (۳۳). این یافته همچنین با مطالعه فینویک و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی داشت که نشان دادند تجربه زایمان فامیل و دوستان مخصوصاً مادر در برخی زنان در ایجاد تصویر ذهنی از زایمان واژینال و احساس آن‌ها نسبت به بی‌خطری زایمان سزارین نقش دارد (۳۴). نتایج مطالعه پیلتری (۲۰۰۷) و ریچی (۲۰۰۷) نیز نشان داد احساس زن باردار در مورد بارداری و زایمان تحت تأثیر شریک جنسی و خانواده، تجربه دوستان و وابستگی قرار می‌گیرد (۳۵، ۳۶).

همچنین زمان بهبودی در سزارین طولانی‌تر از زایمان واژینال است (۲۲).

همچنین لی و همکاران (۲۰۰۱) در یک مطالعه کیفی در هنگ کونگ به ۴ تم: اجتناب از خطرات مادری و جنینی، حق انتخاب، سیستم عقیدتی چینی و خوشحالی و پشتیبانی دست یافتند. در این مطالعه تمام شرکت‌کنندگان فکر می‌کردند که عمل سزارین می‌تواند به اطمینان از سلامتی بچه، اجتناب از خطرات شخصی، اجتناب از لیبر دردناک و اجتناب از آسیب به بدن و از دست دادن اندام مناسب کمک کند (۲۸).

در مطالعه حاضر ترس از رفتارهای نامناسب در بخش زایمان، از دیگر دلایل ترس افراد بود که در انتخاب روش زایمان به صورت سزارین مؤثر بود. در مطالعه سیرسیکوس و همکار (۲۰۰۷) که بر روی ۱۹ زن نولی‌پار انجام شد، اکثر شرکت‌کنندگان ترس از کیفیت مراقبت ارائه شده توسط پرسنل بهداشتی داشتند (۲۳) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

مطالعه گانون و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که بین تعداد پرسنل ارائه‌کننده مراقبت در بخش زایمان به زنان باردار و افزایش شیوع سزارین، ارتباط معنی‌دار وجود دارد؛ به گونه‌ای که عدم وجود پرسنل کافی و عدم ارائه مراقبت‌های جسمی، روحی و روانی مناسب و حمایت نکردن زنان بارداری که وارد فاز زایمانی شده‌اند، می‌تواند منجر به عدم انجام زایمان طبیعی شده و احتمال انجام سزارین را افزایش دهد (۲۹). همچنین گودمن و همکاران (۲۰۰۴) اظهار داشتند که پرسنل اطاق زایمان باید سعی کنند تا حمایت‌های لازم را از زنان باردار به عمل آورند تا آن‌ها بتوانند به یک رضایت از زایمان طبیعی دست یابند (۳۰).

در مطالعه حاضر، تجربه نامطلوب نیز یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار در روش انتخاب سزارین بود. اگرچه تمام شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر زنان نولی‌پار بودند، اما برخی از آنان تجربه قبلی بستری در بخش زایمان را داشته‌که صدای جیغ زائو‌های دیگر و معاینات مکرر آن‌ها، باعث رنجش خاطر ایشان و هراس از زایمان شده بود. این امر می‌تواند به دلیل کمبود فضای بخش زایمان و لیبر و عدم امکان اطاق‌های

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و عوامل مؤثر در انتخاب سزارین الکتیو در مادران نخست زاء، پیشنهاد می شود در مراکز ارائه مراقبت های دوران بارداری، با مادرها مشاوره به عمل آید، از احساس آنان نسبت به زایمان و تصمیم آنان برای روش زایمان پرسیده شود و در صورت اظهار ترس یا نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی، با آنان مشاوره به عمل آید. منطقی به نظر می رسد که برای افزایش میزان زایمان واژینال در مادران باردار و کاهش عمل سزارین، اقداماتی نظیر ترویج زایمان طبیعی با استفاده از روش های غیر دارویی کنترل درد مانند لاماز؛ زایمان در آب و برقراری کلاس های آموزشی برای آگاه کردن مادران و همسران از روند یک زایمان طبیعی سالم به عمل آید. در همین راستا افزایش حمایت مادران در طول دردهای زایمانی، مهیا کردن فضای مناسب برای حضور یکی از اطرافیان مادر باردار در هنگام زایمان، بهبود کیفیت مراقبت های مامایی ارائه شده به مادران باردار و آموزش هرچه بیشتر ماماها در ارتباط با اهمیت نقش آنان در انتخاب روش زایمان می تواند مؤثر باشد. ایجاد دیدگاه زایمان طبیعی در متخصصین زنان و ماماها و محدود کردن موارد سزارین به اندیکاسیون های طبی و جلوگیری از زایمان های سزارین الکتیو نیز می تواند گام مؤثری در کاهش میزان سزارین در منطقه باشد.

از آنجایی که این مطالعه یک مطالعه کیفی بود و در این گونه مطالعات، جمع آوری اطلاعات با اشباع داده ها به پایان می رسد، تعداد شرکت کنندگان اندک و لذا

نتایج آن قابل تعمیم به گروه های دیگر زنان سزارین شده نیست. همچنین تمام شرکت کنندگان در این مطالعه زنان نخست زاء بودند که نتایج در زنان چندزای ممکن است متفاوت باشد و نیازمند مطالعات دیگری است. پیشنهاد می شود که این مطالعه برای زنان چندزای و کسانی که سابقه زایمان واژینال داشته اند نیز انجام شود.

نتیجه گیری

به نظر می رسد که بهترین راه جهت کاهش سزارین، کاهش موارد سزارین در خانم های نخست زاء است. به همین دلیل توصیه می شود که زوجین و خانواده ها را در فرصت های مناسب به ویژه در هنگام مشاوره پیش از ازدواج یا هنگام ارائه خدمات بهداشت باروری در مراکز دولتی و خصوصی با این موضوع آشنا کرد تا درک صحیحی نسبت به روش های زایمان، خطرها و عوارض احتمالی روش سزارین، مزایا و موانع احتمالی سزارین و مزایا و موانع روش طبیعی داشته باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کردستان می باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی و تمام مادران عزیزی که در انجام پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Fre M, Cuttini M. Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principalist approach? BMC Med Ethics 2008 Jun 17;9:11.
2. Armson BA. Is planned cesarean childbirth a safe alternative? CMAJ 2007 Feb;176(4):475-6.
3. Betran AP, Meriardi M, Laver JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of cesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Pediatr Perinat Epidemiol 2007 Mar;21(2):98-113.
4. Appropriate technology for birth. Lancet 1985 Aug 24;2(8452):436-37.
5. Ministry of Health, Treatment and Medical Education of Iran. [Sima report. Tehran: Health of Islamic Republic of Iran; 2002:49. [in Persian]. Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Iran
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010:544-64.
7. Salah Zehi H, Khojasteh F. [Nursing, maternal and newborn health]. Tehran: Golban Publication; 2000. [in Persian].

8. Bergholt T, Ostbery B, Legarth J, Weber T. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: A nation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004 Mar;83(3):262-6.
9. Liu S, Listov RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and sever morbidity associated with low risk planned cesarean delivery versus planned vaginal at term. *CMAJ* 2007 Feb 13;176(4):455-60.
10. Ganji F, Raeisi R, Khosravi SA, Soltani P, Kasiri KA, Jafarzadeh L, et al. [Effect of a participatory intervention to reduce the number of unnecessary cesarean sections performed in Shahrekord, Iran] [Article in Persian]. *Shahrekord Univ Med Sci J* 2006;8:14-8.
11. Sherafaty S. Cesarean is not for money. Available at: <http://www.hamshahrionline.ir?news/?id=27101>.
12. Mohammadbeigi A, Tabatabaee SH, Mohammad Salehi N, Yazdani M. [Factors influencing cesarean delivery method in Shiraz hospitals] [Article in Persian]. *Iran J Nurs* 2009;21(56):37-45.
13. Shakeri M, Mazlomzade S, Mohamaian F. [Factors affecting the rate of cesarean section in Zanjan maternity hospitals in 2008] [Article in Persian]. *J Zanjan Univ Med Sci* 2012;20(80):98-104.
14. Ghasemi F. [Investigating the abundance of cesarean section and its reason in Yazd in 2009] [Article in Persian]. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2012;20(2):229-36.
15. Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmoodi M. [Cesarean section in maternity hospitals in Tehran, Iran] [Article in Persian]. *Payesh J* 2002;3(1):5-10.
16. Rezaei M. Cesarean rate and it's causes in Beasat Hospital of Sanandaj. *Journal of Nursing and Midwifery Kurdistan University of Medical Sciences*. 2012.1(1): 34-42[in Persian].
17. Sanei A, Nikbakht Naserabady A. [Qualitative methodology in medical sciences]. Tehran:Farda Publication;20002. [in Persian].
18. Bayrami R, Valizadeh L, Zaheri F. [Nuliparous women's childbirth experience: a phenomenology study] [Article in Persian]. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2011;33(3):14-9.
19. Alehagen S, Wijma K, Wijma B. Fear during labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001 Apr;80(4):315-20.
20. Pirdel M, Kamalifard M, Ghoojzade M. [Comparasion of labor pain and factors affected on labor pain in multiparous and nuliparous in Tabriz Alzahra Institute] [Article in Persian]. *Tabriz Midwifery Nurs J* 2006;5:37-46.
21. Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean section for nonclinical Indications. *Birth* 2007 Mar;34(1):32-41.
22. Visco AG, Viswanathan M, Lohr KN, Wechter ME, Gartlehner G, Wu JM, et al. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2006 Dec;108(6):1517-29.
23. Sercekus P, Okumus H. Fears associated with childbirth among nuliparous women in Turkey. *Midwifery* 2009 Apr;25(2):155-62.
24. Quadros LG. Caesarean section controversy. Brazilian obstetricians are pressured to perform cesarean sections. *BMJ* 2000 Apr 15;320(7241):1073-4.
25. Salmani N. [Studying the viewpoint of pregnant mothers about factors affecting in select of giving birth method in the Yazd Shohadaye Kargar hospital] [Article in Persian]. *J Urima Nurs Midwifery Facul* 2007;5(4):156-61.
26. Fuglenes D, Aas E, Botten G, Oian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obstet Gynecol* 2011 Jul;205(1):45.e1-9.
27. Abadi Farahani M. [Affect of midwifery special cares a long labor and type of labor] [Article in Persian]. *Iran Nurs J* 2006;18(43):72-6.
28. Lee LY, Holroyd E, Ng CY. Exploring factors influencing Chinese women's decision to have elective cesarean surgery. *Midwifery* 2001 Dec;17(4):314-22.
29. Gagnon AJ, Meier KM, Waghom K. Continuity of nursing care and its link to cesarean birth rate. *Birth* 2007 Mar;34(1):26-31.
30. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004 Apr;46(2):212-9.
31. Jamshidimanesh M, Oskouie F, Jouybary L, Sanagoo A. [The process of women's decision making for selection of cesarean delivery] [Article in Persian]. *Iran J Nurs* 2009;21(56):55-67.
32. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003 Mar;82(3):201-8.
33. Seyed Nouri T, Jamshidi Avanaki F. [Survey the relationship between knowledge and attitude of pregnant women requesting cesarean section referred to Rasht health centers and their choice reasons] [Article in Persian]. *J Gilan Univ Med Sci* 2006 Fall;15(59):75-84.

34. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request cesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery* 2010 Aug;26(4):394-400.
35. 36.Pillitteri A. *Maternal and child health nursing: care of the childbearing & childrearing family*. 5th ed. Philadelphia:Lippincott Williams and Wilkins;2007.
36. 37.Ricci SS. *Essentials of maternity, newborn and women's health nursing*. Philadelphia:Lippincott Williams and Wilkins;2007.