

بررسی عوامل مؤثر بر انتخاب نوع زایمان و نگرش زنان باردار مراجعه-کننده به بیمارستان‌های ملکی سازمان تامین اجتماعی در سال ۱۳۹۲

محمودرضا قدیمی^۱، محبوبه رسولی^{۲*}، سپیده مطهر^۳، زهرا لاجوردی^۴، آزاده ایمانی^۵، عبدالکریم چوبساز^۶، شیرین رازقیان^۷

^۱ دکتری آمار زیستی - رئیس گروه آمار و اطلاعات درمان - سازمان مرکزی تامین اجتماعی - تهران

^۲ دکتری آمار زیستی - استادیار موسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون - تهران

^۳ کارشناس متخصص امور مامایی - معاونت درمان - سازمان مرکزی تامین اجتماعی - تهران

^۴ کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی - دفتر آمار و محاسبات اقتصادی و اجتماعی - سازمان مرکزی تامین اجتماعی - تهران

^۵ کارشناسی آمار - دفتر آمار و محاسبات اقتصادی و اجتماعی - سازمان مرکزی تامین اجتماعی - تهران

^۶ پزشک عمومی - مشاور معاونت درمان - سازمان مرکزی تامین اجتماعی - تهران

^۷ دانشجوی کارشناسی آمار - گروه آمار - دانشگاه بیرجند

نشانی نویسنده مسئول: تهران، موسسه عالی آموزشی و پژوهشی طب انتقال خون، محبوبه رسولی

E-mail: rasouli_m@razi.tums.ac.ir

وصول: ۹۲/۱۲/۳، اصلاح: ۹۳/۱/۲۵، پذیرش: ۹۳/۲/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: انجام عمل سزارین معمولاً محدود به مواردی است که زایمان از طریق مسیر طبیعی امکان‌پذیر نیست یا با خطرات جدی برای جنین و مادر همراه است. بنابراین، انتظار می‌رود، عمل سزارین موارد استفاده اندک و مشخصی داشته باشد و نرخ آن از حد معینی فراتر نرود. متأسفانه، امروزه شیوع سزارین در کشور بیشتر از حد قابل قبول آن گزارش می‌شود. فقدان آگاهی از عوارض سزارین و نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی، از علت‌های افزایش تمایل زنان باردار نسبت به سزارین می‌باشد. هدف از انجام این مطالعه، بررسی عوامل مؤثر بر شیوه‌های انتخاب زایمان و نگرش زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های ملکی سازمان تامین اجتماعی در سال ۱۳۹۲ می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این تحقیق، یک پژوهش توصیفی - تحلیلی و مقطعی است. در این مطالعه، ۲۵۲۱ مادر باردار که در تابستان ۱۳۹۲، به ۶۷ بیمارستان ملکی سازمان در سراسر کشور مراجعه کرده، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده مورد بررسی قرار گرفته‌اند. جهت جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای شامل خصوصیات دموگرافیک، سوالات دلایل انتخاب سزارین و نگرش سنجی نسبت به زایمان طبیعی و سزارین که با نظرخواهی از ماماها و متخصصان زنان و زایمان تهیه و پس از تایید پایایی آن با روش بازآزمایی، از طریق مصاحبه با مادران باردار تکمیل گردیده است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS 22 و آزمون‌های کای دو و T استفاده شده است.

یافته‌ها: میانگین سنی مادران، $27/64 \pm 0/21$ و ۵۷/۷ درصد از آنها نیز تحصیلات بالاتر از دیپلم داشته‌اند. میزان سزارین در زنان مورد مطالعه، ۵۰/۷ درصد بوده است. تمایل ۵۷ درصد زنان به سزارین، بیشتر از حد متوسط بوده است ($p < 0/001$). مهم‌ترین دلایل آنان برای انتخاب سزارین، بی‌دردی مراحل عمل، وارد نشدن آسیب به جنین، پیشگیری از پارگی و تغییر شکل دستگاه تناسلی، عدم نیاز به معاینات مکرر و پیشنهاد پزشک یا ماما بوده است. ارتباط آماری معناداری بین نوع زایمان فعلی مادران با سن مادران، سن همسران، سن ازدواج، سطح تحصیلات، شغل، درآمد، زایمان قبلی، تعداد بارداری، سابقه‌ی مرده‌زایی، نازایی و سقط جنین و سابقه‌ی سزارین فامیلی مشاهده شده است ($p < 0/001$). همچنین، بین نوع نگرش مادران نسبت به سزارین با سطح آگاهی آنها ارتباط آماری معناداری مشاهده گردیده ($p < 0/001$)، اما بین نگرش به زایمان طبیعی با سطح آگاهی مادران ارتباطی دیده نشده است ($p = 0/31$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این تحقیق و ارتباط معنادار میان نوع نگرش به سزارین و انتخاب آن، ضروری است تا جهت مقابله با افزایش بی‌رویه سزارین و رسیدن به حد مطلوب و قابل قبولی از این نوع زایمان (سزارین)، اقدامات لازم جهت افزایش آگاهی زنان نسبت به مزایای زایمان طبیعی و معایب سزارین انجام شود.

واژه‌های کلیدی: زنان باردار، سزارین، زایمان طبیعی، آگاهی، نگرش، سازمان تامین اجتماعی.

مقدمه

زایمان، یکی از موهبت‌های الهی برای تولید نسل بشر بر روی زمین می‌باشد که از بدو تولد آدم تا کنون، همواره ادامه داشته‌است. مکانیسم انجام زایمان یک فرایند خودبه‌خودی و بدون نیاز به مداخله می‌باشد که سال‌های سال با سیر طبیعی خود انجام شده‌است. طی دهه‌های اخیر، با پیشرفت علم و تکنولوژی، بشر به راه‌هایی دست‌یافته تا در مواردی که جان مادر یا جنین در خطر است، به کمک عمل جراحی بتواند به کمک آنها بشتابد. کشف آنتی بیوتیک‌ها و استفاده از دستگاه‌ها و تجهیزات پیشرفته، نیز در این زمینه به یاری بشر شتافته‌است.

اما متأسفانه پس از چندی، این روش که فقط برای استفاده در موارد اورژانس و برای نجات جان مادر و جنین ابداع شده‌بود، در بین جوامع شیوع بیشتری پیدا کرد و به وسیله‌ای برای فرار از درد زایمان مبدل شد. به‌طوری‌که امروزه در بسیاری از جوامع، انجام زایمان با روش سزارین به یک فرهنگ، مبدل گشته و بیش از نیمی از زنان داوطلبانه به انجام سزارین روی می‌آورند و این درحالی است که انجام این عمل جراحی، خود عواقب بسیار زیادی برای مادر و جنین به همراه دارد، از جمله: عوارض بیهوشی، خون‌ریزی، آمبولی، عفونت‌های بعد از عمل جراحی و مرگ و میر بیشتر مادران پس از انجام عمل سزارین که همه این عوامل با همدیگر به غیر از ایجاد عوارض جسمی و روانی برای مادر، موجب ۲ الی ۳ برابر شدن هزینه‌ی زایمان برای مادر و خانواده می‌شوند. همچنین ناتوانی‌های مادر پس از انجام سزارین، موجب عدم توجه و رسیدگی کامل مادر و شیردهی صحیح نوزاد پس از تولد می‌گردد (۱،۲،۳).

به‌طور کلی، سزارین در هر کشوری یکی از شاخص‌های بررسی عملکرد برنامه‌های سلامت مادران است. افزایش سزارین‌های غیر ضروری، نشان‌دهنده‌ی عملکرد نامناسب نظام سلامت کشور می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی، حداکثر میزان سزارین را براساس

اندیکاسیون‌های واقعی و عملی، ۱۵ درصد پیشنهاد کرده‌است، حال آن‌که در بسیاری از جوامع از جمله ایران، میزان سزارین بسیار بالاتر بوده و در بسیاری از موارد؛ نه تنها اندیکاسیون طبی برای آن وجود ندارد، بل‌که ناآگاهی، عقاید و نگرش‌های غلط نیز تعیین‌کننده‌ی نوع زایمان شده‌است (۱، ۴ و ۵). در کشورهای در حال توسعه، آمار و ارقام سزارین روزبه‌روز در حال پیشرفت است و کشور ما نیز در این ربودن گوی سبقت عقب نمانده‌است. به‌طوری‌که طبق آمار و ارقام اعلام شده در سال ۱۳۸۵، میزان سزارین در کشور ما به ۴۲/۳ درصد رسیده‌است.

با وجود این آمار و ارقام و فاصله‌ی ما تا رسیدن به شعار سازمان بهداشت جهانی، لزوم انجام مطالعاتی در جهت یافتن علت این افزایش و انجام راهکارهایی در جهت کاهش این آمار و ارقام ضروری به نظر می‌رسد.

یکی از راه‌های کاهش میزان سزارین، کاهش سزارین‌های تکراری است که حدود یک‌سوم موارد سزارین‌های انجام‌شده را دربرمی‌گیرد. این دربخشی به مفهوم ترویج زایمان واژینال پس از سزارین (VBAC) می‌باشد (۶، ۷). منابع بسیاری، این روش (VBAC) را در بیماران واجد شرایط گزارش نموده‌اند که جایگزین مناسبی برای سزارین‌های تکراری می‌باشد. (۸-۱۲).

طبق نظر اداره‌ی سلامت مادران وزارت بهداشت، دو دسته عوامل مربوط به مادر و پزشک در ازدیاد سزارین در ایران دخیل هستند. در رابطه با علت‌های مادری سزارین، ترس از درد زیاد و طاقت فرسای زایمان طبیعی یک عامل مهم می‌باشد. علاوه براین، توصیه‌ی پزشک متخصص به انجام سزارین، باورهای غلط نسبت به سلامت جنین و مادر، پیروی از مد، بی‌احترامی و هتک حرمت کارکنان بخش زایمان بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها به مادران طی مراحل درد کشیدن زایمان طبیعی و ترس از امکان مشکلات آناتومیک در ناحیه واژن که روابط جنسی را در آینده تحت‌الشعاع قراردهد، از جمله سایر انگیزه‌های مادری سزارین نیز محسوب می‌گردد. در رابطه با علت-

خطای مطلق ۲۰٪ و $p=q=0.5$ و حجم جامعه ۲۲۰۰۰۰ نفر در سال ۱۳۹۱ و با استفاده از فرمول حجم نمونه کوکران $n = \frac{Nz^2pq}{Nd^2+z^2pq}$ (وقتی که حجم جامعه مشخص است) حداقل برابر ۲۳۷۵ نفر تعیین شده است. تعداد ۲۵۲۱ نفر از مادران باردار در این مدت توسط پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته‌اند. روش گردآوری داده‌ها به این صورت بوده که: پس از توضیح هدف پژوهش برای واحدهای پژوهش و رضایت آنها جهت شرکت در تحقیق، پرسشنامه توسط آنان تکمیل و به پژوهشگر برگشت داده شده است. ابزار لازم جهت گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ی دو قسمتی شامل اطلاعات فردی و فرم سنجش نگرش بوده است. بخش اول سؤالات دموگرافیک شامل ۲۶ سؤال در مورد سن، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد مادر و همسر، تعداد دفعات بارداری نوع زایمان قبلی و فعلی، سابقه‌ی مرده‌زایی و سقط جنین بوده است. فرم سنجش نگرش نسبت به انجام سزارین نیز مشتمل بر ۱۵ عبارت بوده که نگرش افراد بر اساس مقیاس لیکرت با عبارات «کاملاً موافق»، «موافق»، «بی‌نظر»، «مخالف» و «کاملاً مخالف» سنجیده شده است. در رتبه‌بندی سؤالات مربوط به نگرش از مقیاس ۵ قسمتی لیکرت استفاده شده که از ۱ تا ۵ امتیاز داشته است. به نگرش «کاملاً مخالف» به سزارین، نمره‌ی ۱ و به نگرش «کاملاً موافق» نمره‌ی ۵ داده شده است. به این ترتیب، امتیازات نگرشی دامنه‌ای بین ۷۵-۱۵ داشته که به صورت سه گروه نگرش منفی (۳۰-۱۵)، خنثی (۴۵-۳۱) و نگرش مثبت (۷۵-۴۶) طبقه‌بندی شده، به طوری که افزایش امتیاز، نشان‌دهنده‌ی افزایش تمایل به انجام سزارین بوده است. روایی ابزارهای فوق، به روش اعتبار محتوا و پایایی آنها به روش آلفا کرانباخ با ضریب پایایی ۰/۸۲۵ برای پرسشنامه‌ی سنجش نگرش مورد تأیید قرار گرفته است. داده‌های جمع‌آوری شده، با استفاده از نرم‌افزار SPSS، آمارهای توصیفی، آمارهای استنباطی از جمله آزمون‌های آماری Chi-Square، T، در سطح

های مرتبط با پزشک، یکی از عوامل موجود، تمایل و درخواست خود بیمار از پزشک مطرح شده است (۱۳). در مطالعه‌ی فرامرزی، فقدان آگاهی از عوارض سزارین، نگرش منفی از زایمان طبیعی، نسبت دادن شایعات و عوارض نادرست به زایمان طبیعی و ترویج سزارین از علت‌های روآوردن به سزارین است (۱۴). نیز طبق آمار و ارقام اعلام شده از طرف معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی، این میزان در مراکز ملکی سازمان تأمین اجتماعی در طی سال‌های ۹۰ و ۹۱، از ۴۴/۶ درصد به ۴۵/۳ درصد افزایش یافته است که در میان استان‌ها، استان‌های اردبیل (۶۷/۳۱ درصد) و سمنان (۶۳/۶۰ درصد)، بالاترین درصد و استان‌های هرمزگان (۲۴/۸۴ درصد) و سیستان و بلوچستان (۲۹/۶۴ درصد) کمترین درصد سزارین را در سال ۱۳۹۱ در مراکز ملکی سازمان به خود اختصاص داده‌اند. لذا با توجه به بالا بودن سزارین در بیمارستان‌های ملکی سازمان، مطالعه‌ی دلایل انتخاب این شیوه از زایمان در بین بیمه‌شدگان سازمان و نیز سایر بیمه‌ها ضروری به نظر می‌رسد. به همین منظور، این پژوهش با هدف بررسی عوامل مؤثر و نگرش نسبت به دو روش زایمان و ارائه‌ی نتایج آن به واحدها و مراکز ذی‌صلاح انجام شده تا بتواند گام مؤثری در انجام منطقی و اصولی زایمان سزارین بردارد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مقطعی توصیفی-تحلیلی، در تابستان ۱۳۹۲ و در طی دو ماه، روی زنان بارداری که برای انجام زایمان به ۶۷ بیمارستان ملکی سازمان تأمین اجتماعی در سراسر کشور مراجعه‌نموده‌اند، انجام شده است. معیار ورود به مطالعه، کلیه‌ی مادرانی بوده‌اند که برای انجام یکی از روش‌های زایمان (سزارین- زایمان طبیعی) به مراکز بیمارستانی تأمین اجتماعی مراجعه کرده‌اند و محدودیت سنی در این پژوهش برای مادران در نظر گرفته نشده است. حجم نمونه با اطمینان ۹۵٪ و

اطمینان ۹۵٪ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند.

۴۵/۷ درصد درآمدی بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان داشتند. ۷۲/۶ درصد از کل مادران شهری بوده‌اند و ۹۵/۷ درصد خود را در طبقه اجتماعی متوسط و پایین می‌دانستند. تنها ۲۴/۴ درصد از مادران در کلاسهای آمادگی دوران بارداری (دوستدار مادر) شرکت کرده بودند.

۹۲/۹ درصد از کل افراد عنوان کرده‌اند که سابقه نازایی نداشته و ۸۱ درصد از کل افراد نیز اظهار کرده‌اند که سابقه سقط و مرده زایی در آنها وجود نداشته است. ۵۷/۹ درصد مراقبت‌های بارداری خود را از مراکز دولتی دریافت کرده‌اند. ۷۴/۱ درصد از کل افراد در میان فامیلشان شاهد سزارین بوده‌اند. نگرش ۷۹/۸ درصد از مادران نسبت به زایمان طبیعی بالاتر از حد متوسط بود در حالی که ۷۵/۲ درصد نسبت به سزارین، نگرشی کمتر از حد متوسط داشتند. ۴۱/۹ درصد از زنان زایمان قبلی برایشان خاطره خوشایندی بوده است. در ارتباط با منابع کسب آگاهی، بالاترین درصد "دوستان و اقوام" به عنوان منبع کسب اطلاعات درباره شیوه‌های زایمان، تعلق

یافته‌ها

در این مطالعه با ۲۵۲۱ خانم باردار مصاحبه به عمل آمد. میانگین سنی مادران $27/64 \pm 0/21$ سال، میانگین سن ازدواج آنها $20/76 \pm 0/16$ سال و میانگین سن همسرانشان $32/07 \pm 0/24$ بود. حداقل سن مادران ۱۵ سال و حداکثر ۴۲ سال بود. ۹۱/۴ درصد زنان خانه دار بودند. ۳/۹ درصد زنان بی‌سواد؛ ۳۸/۴ درصد زیر دیپلم، ۳۹/۱ درصد دیپلم و ۱۸/۶ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. میزان تحصیلات همسران نیز ۲/۹ درصد بی‌سواد، ۴۱ درصد زیر دیپلم، ۳۹/۳ درصد دیپلم و ۱۶/۸ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. میانگین تعداد حاملگی $1/91 \pm 0/04$ بود. ۴۱/۷ درصد زنان زایمان قبلی نداشته‌اند. ۵۰/۷ درصد از مادران زایمان به روش سزارین انجام داده‌اند. ۹۴/۶ درصد از همسران نیز شاغل بودند که ۴۳/۹ درصد از آنها درآمدی کمتر از ۵۰۰ هزار تومان و

جدول ۱: نگرش واحد‌های مورد پژوهش در مورد مزایا و معایب زایمان طبیعی و سزارین

کاملاً مخالف		مخالف		بی‌نظر		موافق		کاملاً موافق		سوالات مربوط به نگرش
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۵۸۵	۲۳/۲	۶۸۲	۲۷/۱	۳۰۰	۱۱/۹	۶۳۹	۲۵/۳	۲۹۹	۱۱/۹	۱- سزارین درکل راحت تر از زایمان طبیعی است
۵۴۱	۲۱/۵	۷۳۱	۲۹	۶۷۷	۲۶/۹	۴۱۵	۱۶/۵	۱۴۱	۵/۶	۲- با سزارین بچه با هوش تر می‌شود
۲۶۵	۱۰/۵	۶۲۵	۲۴/۸	۸۳۷	۳۳/۲	۵۴۷	۲۱/۷	۲۱۱	۸/۴	۳- مرگ و میر مادر در سزارین بیشتر است
۱۴۱	۵/۶	۲۴۲	۹/۶	۳۵۷	۱۴/۲	۱۲۱۰	۴۸	۵۴۰	۲۱/۴	۴- سزارین باعث عوارض بعد از عمل خواهد شد
۱۵۳	۶/۱	۳۲۸	۱۳	۳۸۵	۱۵/۳	۱۰۳۷	۴۱/۱	۵۸۸	۲۳/۳	۵- سزارین باعث بد فرمی شکم می‌شود
۴۷۰	۱۸/۶	۷۷۵	۳۰/۷	۵۱۲	۲۰/۳	۴۶۵	۱۸/۴	۲۸۲	۱۱/۲	۶- کسانی که به طور انتخابی سزارین می‌شوند، از طبقه اجتماعی بالاتری برخوردارند
۲۰۶	۸/۲	۴۸۸	۱۹/۴	۷۱۳	۲۸/۳	۷۳۳	۲۹/۱	۳۵۸	۱۴/۲	۷- خونریزی در سزارین بیشتر است
۱۳۰	۵/۲	۱۵۵	۶/۱	۲۵۸	۱۰/۲	۱۱۴۵	۴۵/۴	۸۰۴	۳۱/۹	۸- هزینه زایمان طبیعی کمتر از سزارین است
۳۰۲	۱۲	۵۲۱	۲۰/۷	۶۴۱	۲۵/۴	۷۴۰	۲۹/۴	۲۹۲	۱۱/۶	۹- سزارین از مرگ نوزاد جلوگیری می‌کند
۶۳۶	۲۵/۲	۹۰۸	۳۶	۴۴۱	۱۷/۵	۳۹۱	۱۵/۵	۱۱۹	۴/۷	۱۰- چون مادر / خواهر / دوستانم از سزارین رضایت داشته‌اند، روش خوبی است
۴۸۰	۱۹	۶۸۶	۲۷/۲	۵۸۱	۲۳	۵۳۹	۲۱/۴	۲۰۳	۸/۱	۱۱- رسیدگی به بیمار در طی سزارین بهتر از زایمان طبیعی است
۷۵۶	۳۰	۱۰۳۲	۴۰/۹	۳۶۴	۱۴/۴	۲۳۹	۹/۵	۹۸	۳/۹	۱۲- چون بیمه هستم بهتر است از سزارین استفاده کنم
۱۸۵	۷/۳	۲۴۴	۹/۷	۲۷۱	۱۰/۷	۹۰۴	۳۵/۹	۸۸۸	۳۵/۲	۱۳- درد پس از زایمان طبیعی کمتر از سزارین است
۳۸۲	۱۵/۲	۶۳۶	۲۵/۲	۵۹۱	۲۳/۴	۶۳۹	۲۵/۳	۲۴۸	۹/۸	۱۴- سزارین یک روش مدرن برای زایمان است
۲۲۴	۸/۹	۴۴۳	۱۷/۶	۶۲۶	۲۴/۸	۷۹۰	۳۱/۳	۴۱۵	۱۶/۵	۱۵- سزارین یک روش غیر طبیعی برای زایمان است

جدول ۲: توزیع فراوانی مادران باردار متقاضی سزارین در مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی

درصد	تعداد	دلایل انتخاب سزارین	
۶۳/۵	۸۱۲	۱. ترس از درد	الف- ترس از زایمان
۵۵/۴	۷۰۹	۲. ترس از معاینات	
۲۹/۷*	۳۸۰	۳. تجربه ناخوشایند از زایمان طبیعی قبل	
۵۲/۲	۶۶۷	۴. فشار روانی و اضطراب	ب- سلامت مادر
۵۰/۱	۶۴۱	۵. پیشگیری از پارگی، تغییر شکل و شل شدگی در دستگاه تناسلی	
۶۹/۵	۸۸۹	۶. سلامت جنین	ج- سلامت جنین
۲۷/۱	۳۴۷	۷. پیشنهاد همسر	د- پیشنهادات
۲۵/۴	۳۲۵	۸. پیشنهاد خانواده یا دوستان	
۴۹/۹	۶۳۸	۹. پیشنهاد پزشک یا ماما	
۴۳/۹	۵۶۲	۱۰. میل شخصی (تمایل خود فرد)	ه- لوله بستن
۲۱/۴	۲۷۴	۱۱. لوله بستن	
۴۳/۴	۵۵۵	۱۲. انتخاب زمان دقیق زایمان	و- سایر موارد
۴۱/۴	۵۲۹	۱۳. کوتاه شدن زمان زایمان	
۳۵/۴	۴۵۳	۱۴. تغییر نیافتن کیفیت روابط زناشویی	

* نشان دهنده تجربه ناخوشایند از زایمان طبیعی قبل در میان مادرانی است که حداقل یک زایمان داشته اند.

جدول ۳: توزیع فراوانی جمعیت نمونه بر حسب نگرش نسبت به سزارین

درصد	فراوانی	میزان نگرش
۵۴/۰	۱۳۶۱	نگرش مثبت
۴۲/۰	۱۰۵۸	نگرش میانه
۴/۰	۱۰۲	نگرش منفی
۱۰۰	۲۵۲۱	جمع

آزمون کای اسکور بین نوع زایمان مادران با سطح تحصیلات، شغل، درآمد، زایمان قبلی، تعداد بارداری، سابقه مرده زایی، نازایی و سقط جنین و سابقه سزارین فامیلی نیز ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد ($p < 0/001$). میزان آگاهی مادران از عوارض سزارین ۷۲/۸ درصد بالاتر از حد متوسط بود. بین نگرش مادران نسبت به سزارین با میزان آگاهی آنها از عوارض سزارین ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد ($p < 0/001$)، اما بین نگرش به زایمان طبیعی با میزان آگاهی مادران از عوارض سزارین ارتباطی دیده نشد ($p = 0/31$).

در زمینه نگرش مادران نسبت به زایمان طبیعی و سزارین، ۳۷/۲ درصد افراد اعتقاد داشتند که سزارین راحت تر از زایمان طبیعی است، ۳۰ درصد زنان مرگ و میر مادر در سزارین را بیشتر می دانستند، ۴۱ درصد

داشته (۲۵/۵ درصد) و پس از آن بالاترین درصد را در مورد "پزشکان" مشاهده می کنیم (۱۸/۷ درصد). ۸۳/۳ درصد از کل مادران اطلاعاتشان از عوارض سزارین کمتر از حد متوسط بود که این رقم در مورد مادرانی که زایمان سزارین انجام داده بودند برابر ۸۳ درصد می باشد. سزارین "تکراری" بالاترین درصد علل سزارین در مادرانی بود که زایمان به روش سزارین انجام داده اند و برابر ۳۷ درصد می باشد و پس از آن "سایر سزارین" ها بیشترین درصد را به خود اختصاص داده است (۲۸/۸ درصد) (منظور از سایر سزارین ها عللی غیر از مالپرژانتاسیون، دیستوشیا، دیسترس، الکتیو می باشد).

با استفاده از آزمون T مستقل، ارتباط آماری معنی داری بین نوع زایمان فعلی مادران با سن مادران، سن همسران، سن ازدواج مشاهده شد ($p < 0/001$). همچنین

عمل‌های جراحی است و برای جلوگیری از خطرات احتمالی تهدیدکننده‌ی سلامت مادر و جنین انجام می‌شود، از مباحث مطرح سیاستگذاران بهداشتی است (۱۵). ولی تحقیقات و بررسی‌های مختلف نشان داده‌است چنانچه سیستم نظارتی مشخصی برای ارزیابی سزارین و زایمان طبیعی وجود نداشته‌باشد، زایمان طبیعی با مزایای مشخص و غیرقابل انکار جای خود را به عمل‌های سزارین با عوارض بیشتر خواهد داد (۱۶).

در این مطالعه، ارتباط میان سن مادران، سن همسران، سن ازدواج، سطح تحصیلات، شغل، درآمد، زایمان قبلی، تعداد بارداری، سابقه‌ی مرده زایی و سقط جنین با انتخاب سزارین معنادار است. نگاهی به دیگر مطالعات انجام‌شده، این یافته را تایید می‌کند. در تحقیق محمد بیگی (۱۷) وضعیت اشتغال، سن و تحصیلات و همچنین در مطالعه‌ی محمد پور اصل و همکاران (۱۸)، سطح تحصیلات با انتخاب سزارین رابطه‌ی معناداری دارد. نیز در مطالعه‌ی خسروی و همکاران که در سال ۱۳۸۶ انجام گرفته، این نتیجه تایید شده‌است (۱۹). همچنین یافته‌ها نشان‌دهنده که میان سابقه‌ی سزارین در فامیل و انتخاب سزارین نیز ارتباط معناداری وجود دارد. نتایج مطالعه‌ی محمد بیگی، نگاهبان و فرامرزی نیز مؤید این نتیجه است (۱۴، ۱۷، ۲۰).

امروزه، پزشکان یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده‌ی شیوه‌ی زایمان هستند. مسائل اقتصادی و اجتماعی در تصمیم‌گیری پزشک نسبت به عمل سزارین اهمیت ویژه‌ای دارد. از آنجا که هزینه‌ی عمل سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی بسیار بیشتر است، لذا پزشک نسبت به انجام سزارین تمایل بیشتری دارد. از دیگر مزایای سزارین برای یک پزشک، قابل پیش‌بینی بودن و صرف زمان کمتر برای انجام یک زایمان می‌باشد. با توجه به این مطالب، شاید بتوان گفت که در «محل مراقبت‌های بارداری»، پزشک هم تاثیر بیشتر و مستقیم‌تری بر زن باردار دارد و هم در انتخاب شیوه‌ی زایمان، مشارکت بیشتری. سابقه‌ی

مادران معتقد بودند که مرگ و میر نوزاد در سزارین کمتر است. ۶۹/۴ درصد زنان به عوارض و ۶/۶ درصد نیز به بد فرمی شکم بعد از سزارین اعتقاد داشتند. خلاصه نگرش واحد‌های مورد پژوهش در مورد مزایا و معایب زایمان طبیعی و سزارین در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

بیشترین درصد واحد‌های پژوهش به دلیل سلامت جنین (۶۹/۵ درصد) سزارین را انتخاب کرده بودند (جدول شماره ۲).

میانگین سنی و سن ازدواج مادران در دو روش زایمان طبیعی و سزارین اختلاف معنی داری را نشان می‌دهد ($p < 0/001$). آزمون آماری کای دو نشان داد که بعد از ۳۰ سالگی با افزایش سن ترس از درد کاهش می‌یابد ($p < 0/001$)، با افزایش تعداد زایمان ترس از معاینات واژینال کاهش می‌یابد ($p < 0/001$) و با افزایش تعداد بارداری تجربه ناخوشایند از زایمان طبیعی قبل کاهش می‌یابد ($p = 0/003$).

جدول شماره ۳ توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب نگرش نسبت به سزارین را نشان می‌دهد. با استفاده از آزمون کای اسکوتر، بین نوع نگرش و دلایل ترس از درد ($p < 0/01$)، ترس از معاینات واژینال ($p < 0/01$)، فشار روانی و اضطراب ($p < 0/01$)، پیشگیری از پارگی دستگاه تناسلی ($p < 0/01$)، سلامت جنین ($p < 0/01$)، پیشنهاد خانواده یا دوستان ($p < 0/05$)، تمایل شخصی فرد ($p < 0/01$)، انتخاب زمان دقیق زایمان ($p < 0/01$)، کوتاه شدن زمان زایمان ($p < 0/01$) و تغییر نیافتن کیفیت روابط زناشویی ($p < 0/01$) ارتباط آماری معنی داری وجود داشت به طوری که نگرش مثبت نسبت به سزارین با افزایش دلایل مذکور در انتخاب این عمل همراه بود.

بحث

امروزه، ضرورت انجام سزارین که از شایع‌ترین

نازایی و انتخاب سزارین از یک رابطه‌ی معنادار در مطالعه‌ی حاضر برخوردار بوده، که با مطالعه نگاهبان هم-سو می‌باشد (۲۰). ارتباط نوع زایمان قبلی و انتخاب سزارین نیز از دیگر نتایج این مطالعه است. سزارین قبلی، یکی از شایع‌ترین عوامل افزایش بی‌رویه‌ی سزارین بوده و این نتیجه با نتایج تحقیق محمد بیگی و نگاهبان هم-سومی‌باشد (۲۰ و ۱۷).

در بررسی رابطه‌ی نگرش به سزارین با انتخاب سزارین، یک ارتباط معنادار وجود دارد. یافته‌های این پژوهش، بیانگر ارتباط معنادار موجود میان برخی از عوامل اجتماعی - فرهنگی مانند تحصیلات فرد، تحصیلات همسر، وضعیت اشتغال، سابقه‌ی سزارین در فامیل و غیره، نشان‌دهنده‌ی این است که این رفتار بهداشتی؛ یعنی سزارین به شدت تحت تأثیر عوامل اجتماعی - فرهنگی بوده و زنان به دلایل فرهنگی و نه به دلایل بالینی سزارین را برمی‌گزینند. با توجه به عوامل اجتماعی - فرهنگی که در این تحقیق شاهد رابطه‌ی معنادار آنها با انتخاب سزارین هستیم، شاید بتوان گفت که نگرش‌هایی چون پرستیژ، مد، کلاس و چشم و هم‌چشمی که همه‌ی پدیده‌هایی فرهنگی محسوب می‌شوند، بسیار تأثیر گذارند. نگرش‌هایی که در نهایت موجب می‌شود تا پایان بارداری از مسیر طبیعی و صحیح خود خارج شده و در مسیری قرار بگیرد که عوارض جانبی آن، مسائل دیگری را در زندگی آینده‌ی افراد و همچنین در سلامت جامعه به‌جا خواهد گذاشت.

یافته‌های این پژوهش، نشان می‌دهد بیشترین درصد واحدهای پژوهش اطلاعات خود را از اقوام و دوستان کسب‌نموده و درکل، ۳۵/۵ درصد آنها از پزشک، ماما و یا سایر پرسنل بهداشتی اطلاعات دریافت کرده‌اند. این احتمال می‌رود که در این پژوهش، کم‌بودن اطلاعات معتبر علمی مادران، به‌علت افزایش منابع غیر معتبر کسب آگاهی آنان باشد. در بررسی ملندر، حضور نیافتن در کلاس‌های آمادگی زایمان در زنانی که نخستین زایمان را

انجام‌داده‌اند، با اضطراب در بارداری، ترس از زایمان طبیعی و در نتیجه درخواست سزارین ارتباط داشته‌است (۲۱). بنابراین، بایستی توسعه‌ی آموزش توسط ماماها و سایر پرسنل بهداشتی - درمانی بر پایه‌ی نیازهای آموزشی مادران را مورد توجه قرار داد.

هاپکینز معتقد است که پزشکان در متقاعد کردن بیماران به انتخاب سزارین نقش دارند و خود به‌صورت غیر مستقیم باعث افزایش میزان سزارین می‌شوند (۲۲). او اظهار می‌دارد در صورتی که پزشکان اطلاعات لازم را در اختیار بیماران قرار دهند، نقش مهمی در انتخاب زایمان طبیعی خواهند داشت (۲۳). لاری در مطالعه‌ی خود دریافته که با دادن اطلاعات کافی در مورد عوارض سزارین به مادران، می‌توان به آنها کمک کرد که بتوانند بر ترس ناشی از زایمان طبیعی غلبه کنند و زایمان طبیعی را بر سزارین ترجیح دهند (۲۴).

در این پژوهش نشان داده‌شده بیشترین درصد واحدهای پژوهش، به دلیل سلامت جنین و پس از آن ترس از درد، ترس از معاینات، فشار روانی و اضطراب و پیشگیری از پارگی‌های دستگاه تناسلی سزارین را انتخاب کرده‌اند. همچنین بر حسب اولویت، اولین دلیل انتخاب سزارین در واحدهای پژوهش، سلامت جنین (۶۹/۵ درصد) با بیشترین درصد و پس از آن ترس از درد (۶۳/۵ درصد) بوده‌است. ترس از پارگی دستگاه تناسلی توسط ۵۰/۱ درصد مادران عنوان شده‌است. در بررسی رادینگ و همکاران، اکثر زنان سلامت جنین، ترس از درد و همچنین ترس از پارگی را به‌عنوان دلایل اصلی در انتخاب سزارین مطرح کرده‌اند (۲۵) که این نتایج، مشابه پژوهش حاضر می‌باشد. جهت کاهش ترس از درد مادران باردار، می‌توان از روان درمانی، آموزش روش‌های مختلف تن‌آرامی در طی کلاس‌های آمادگی زایمان و نیز برنامه‌ریزی جهت تسکین درد در مراحل قبل از زایمان و زایمان طبیعی استفاده نمود (۲۶). ثابت شده‌است که دسترسی به یک ماما در طول بارداری با افزایش اعتماد

زیربنایی و غیره نیز می‌تواند در افزایش بی‌رویه‌ی سزارین در جامعه‌ی ما تأثیرگذار باشد.

تقدیر و تشکر

از همکاری و حمایت‌های صمیمانه‌ی جناب آقای دکتر حسام نیکوپور مدیرکل دفتر آمار و محاسبات اقتصادی و اجتماعی سازمان تامین اجتماعی که در اجرای این پژوهش کمک شایانی کرده‌اند، قدردانی می‌گردد. از کلیه‌ی مادرانی که در این پژوهش شرکت نموده‌اند تشکر می‌کنیم. همچنین از کلیه‌ی مدیریت‌های درمان و کارشناسان آمار استان‌ها و مراکز بستری ملکی سازمان تامین اجتماعی که در جمع‌آوری داده‌ها همکاری کامل داشته‌اند، مراتب سپاس و امتنان خود را ابراز می‌نماییم.

مادران و کاهش مداخلات غیر ضروری همراه بوده‌است (۲۷). به عقیده‌ی گودمن، مک کی و توکلی، کارکنان اتاق زایمان باید تمام تلاش‌های حمایتی خود را در مراقبت‌های دوران بارداری و مراحل زایمان بر دستیابی مادران به کنترل شخصی و برآورده‌ساختن انتظارات آنان از طریق ارزیابی و بحث در مورد خواسته‌هایشان متمرکز سازند تا دسترسی به رضایت از زایمان طبیعی میسرگردد (۲۸). با افزایش آگاهی اجتماعی و کاهش عوارض جسمی و روانی زایمان طبیعی، می‌توان در جهت کاهش سزارین تلاش کرد. همچنین می‌توان گفت بخشی از تمایل زنان باردار به زایمان سزارین، به امکانات و تسهیلات زایمان در مراکز بهداشتی درمانی برمی‌گردد. به طوری که نارضایتی مادران از خدمات ارائه‌شده در مراکز درمانی نظیر برخورد و طرز رفتار پرسنل، امکانات

References

1. Ronald S. Gibbs ; Beth Y. Karlan ; Arthur F. Haney ; Ingrid Nygaard . Danforth's Obstetrics and Gynecology. Lippincott Williams & Wilkins , 10th ed, 2008.
2. David H, Norman J. Gynecology illustrated. 5th ed, Churchill Livingstone Co, London 2000; 301-38.
3. Malcolm S, Ian M. Essential obstetrics and Gynecology. 5th ed, Churchill Livingstone Co, 1998; 85-116, 325-66.
4. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High risk pregnancy management options, 3th ed. Philadelphia: Sanders Elsevier; 2006.
5. Signovelli C, Cattarussa MS, Osborn JE. Risk factors for cesarean section in Italy: resulted of Multi-center study. public Health. 1995; 109(3): 191-9.
6. Lukanova M, Popov I. Effect of some factors on obstetrical care of women with previous cesarean section. Akush Ginekol. 2002; 41 (6): 44-8.
7. Dodd J, Crowther CA. Vaginal birth after cesarean section: a survey of practice in Australian and New Zealand. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2003; 43(3): 226-31.
8. Bainbridge JO. Choices after cesarean. Birth. 2002; 29 (3): 203-6.
9. Flamm BL, Geiger AM. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. Obstet Gynecol. 1997; 90(6): 907-10.
10. Stanley Z. Vaginal delivery after previous cesarean delivery: A continuing controversy. Clin Obstet Gynecol. 2001; 44 (3): 561-70.
11. Ridley RT, Davis PA, Bright JH, Sinclair D. What influences a woman to choose vaginal birth after cesarean? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002; 31(6): 665-72.
12. Latifian Z, Malektaj M, Danesh K, M. Causes of Cesarean Section and in accordance with the criteria necessary to do scientific evidence. Iranian Journal of Nursing and Midwifery and Infertility. 2008; 1(1): 40-5. [Persian]
13. Bahrami, A. Cesarean or vaginal delivery. 2006. Available at: <http://www.iranhealers/parastari/hejamat/health information center>.
14. Faramarzi M, Pasha H, Bakhtiari A. Study of knowledge and attitude toward vaginal delivery in Babol. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2001; 3(4): 3. [Persian]
15. Larger B, Schrader G. What Dose the cesarean Rate Mean in France. J Gynecol obstet Boil Reprod. 1998; 27(1): 62-70.
16. Kashanizade N. Determine the frequency and causes of Caesarean section in Baqiyatallah hospital

- Khorasan in 2008. *Kowsar Medical Journal*. 2002; 7:239-43. [Persian]
17. Mohammadbeigi A, Tabatabayi H, Mohammadsalehi N. Determination of effective factors on cesarean in shiraz. *Journal of Faculty of Nursing & Midwifery Iran University Medical Science*. 2008;21(56):37-45. [Persian]
 18. Mohammadpoor A, Rostami F, Torabi SH. Prevalence of cesarean and demographic factors related to cesarean in Tabriz. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Science*. 2006;28(3). [Persian]
 19. Khosravi M, Armat M, Khadem N. Prevalence of cesarean and factors related to cesarean. *Journal of Faculty of Nursing & Midwifery Shaheed Beheshti University of Medical Sciences*. 2008; 16 (58) :11. [Persian]
 20. Negahban T. Preference delivery method and effective factors on that from viewpoint of referrer women to therapy centers and clinics in rafsanjan. *Rafsanjan University of Medical Sciences Journal*. 2006;5(3):2. [Persian]
 21. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*. 2002 ; 29(2): 101-11.
 22. Chong ES, Mongelli M. Attitudes of Singapore women towards cesarean and vaginal deliveries. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003 ;80(2): 189-94.
 23. Hopkins K. Are Brazillian women really choosing to delivery by Cesarean? *Soc Sci Med*. 2000; 51 (5): 725-40 .
 24. 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.
 25. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003; 82(3):201-8.
 26. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG*. 2001 ; 108(5): 492-8.
 27. Cleeton ER. Attitudes and beliefs about childbirth among college students: results of an educational intervention. *Birth*. 2001; 28(3): 192-200.
 28. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004; 46(2): 212-9.

Affecting factors the choice of delivery and attitude of pregnant women admitted to the civil hospitals, the Social Security Organization in 2013

Ghadimi MR,

Ph.D of Biostatistics, Head of the Department of Statistics and Information, Social Security Organization, Tehran, Iran.

Rasouli M*,

Assistant professor, Ph.D of Biostatistics, Blood Transfusion Organization (IBTO) Research center/High Institute for Research & Education in Transfusion Medicine, Tehran, Iran

Motahar S,

Bachelor of Midwifery, Deputy treatment, Social Security Organization, Tehran, Iran.

Lajevardi Z,

MSc Health Service Management, Social Security Organization, Tehran, Iran.

Imani A,

Bachelor of Statistics, Social Security Organization, Tehran, Iran.

Chobsaz A,

MD, Deputy Adviser Treatment, Social Security Organization, Tehran, Iran.

Razeghian S

Bachelor of student, Department of statistics, University of Birjand, Iran.

Received:22/02/2014, Revised:07/04/2014, Accepted:22/05/2014

Corresponding author:

High Institute for Research & Education in Transfusion Medicine, Tehran, Iran
E-mail: rasouli_m@razi.tums.ac.ir

Abstract

Background: Cesarean delivery is usually limited to cases where it is not possible through normal path, or is associated with serious risks for the fetus and mother, therefore it is expected, Caesarean section should be used in limited and specific cases and the rate of it does not exceed certain limits. Unfortunately, nowadays reported cesarean section rate is more than acceptable in the country. Lack of awareness of the complications of cesarean and negative attitude toward normal vaginal delivery was of the causes of the increased tendency of pregnant women to have cesarean. The aim of this study was to investigate the factors affecting on selection of the methods of delivery and attitude of pregnant women admitted to the civil hospitals Social Security Organization in 2013.

Materials and Methods: This research was descriptive-analytical and cross-sectional. In this study of 2521 pregnant women in 67 civil hospitals Social Security Organization across the country had referred in the summer of 2013, using simple random sampling were examined. For data collection, a questionnaire including demographic characteristics, the questions about reasons for selection of cesarean, and attitude measurement toward vaginal delivery and cesarean was prepared by voting of midwives and obstetricians and then, after final approval by test-retest method, completed through interviews with pregnant mothers. For the data analysis were used of SPSS 22 software and chi-square and T-tests.

Results: The mean age mothers were 27.64 ± 0.21 and also 57% of them had a higher education diploma. The cesarean rate was 50.7% in women in the study. 57% of women tend to be more moderate cesarean ($p < 0.001$). Their main reasons for choosing cesarean were analgesia operating procedures, the lack of harm to the fetus, preventing tearing and deformed genitalia, do not require frequent examinations and suggestion of doctor or midwife. Significant statistically association was between current birth mothers with maternal age, spouse's age, age at marriage, level of Education, job, income, previous delivery, parity, stillbirth, infertility and miscarriage and a family history of cesarean section ($p < 0.001$). There was significant relationship between level of knowledge and attitude toward cesarean delivery ($p < 0.001$). But there was no found significant association between the attitude of the normal vaginal delivery with mother's level of knowledge ($p = 0.31$).

Conclusion: According to the survey results and the relationship between attitudes to caesarean and selection, it is essential to deal with the excessive increase in cesarean and achieve an acceptable limit this type of delivery (cesarean section), Necessary actions should be performed to raise the awareness of women about the benefits of normal vaginal delivery and disadvantages of cesarean section.

Key Words: Pregnant Women, Cesarean section, Normal Vaginal Delivery, Knowledge, Attitude, Social Security Organization.