

Comparing the Factors Associated with Selecting Normal Vaginal Delivery or Caesarian Section in Nulliparous Women

Hamideh Hassanzadeh Talouki¹,
Hossein Faraji Lamoki²,
Fershteh Khatty Dizaabadi³,
Jamshid Yazdani Charati⁴

¹ MSc in Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² General Practitioner, Ghaemshahr Health Network, Deputy of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ PhD Student in Health Promotion, Ghaemshahr Health Network, Deputy of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Biostatistics, Health Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received November 12, 2018 ; Accepted July 23, 2019)

Abstract

Background and purpose: One of the major risk factors for the health of mother and child is cesarean section (CS) without medical reasons. This study aimed at addressing the causes associated with selecting delivery method in nulliparous women.

Materials and methods: A descriptive comparative study was performed in which the research population included all nulliparous women attending a health center in Mazandaran province, Iran 2017. Census method was used and 272 women with normal vaginal delivery (NVD, n=132) and CS (n=140) were selected. Data was collected using a researcher-made questionnaire. The reliability and validity of the questionnaire were confirmed by gynecologists and Cronbach's alpha 0.76, respectively. Data analysis was done in SPSS V24.

Results: Out of 140 CS delivery, 66 (46.5%) had no medical recommendations. The main causes were fear of vaginal pain and health and safety of the fetus. The chance of NVD improved by 1% increase in knowledge about the benefits of NVD (15%) and disadvantages of CS (12%) ($P<0.001$). Also, 1% improvement in socioeconomic status rose the chance of choosing CS 2.45 times ($P=0.023$).

Conclusion: According to current research, informing nulliparous women about the disadvantages of CS and the benefits of NVD is necessary. Therefore, educational interventions are recommended for women planning pregnancy.

Keywords: delivery method, nulliparous women, normal vaginal delivery, cesarean section

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (174): 53-63 (Persian).

* Corresponding Author: Jamshid Yazdani Charati - Health Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: Jamshid.charati@Gmail.com)

مقایسه عوامل مرتبط با انتخاب روش های زایمان سزارین و طبیعی در مادران نخست زا

حمیده حسن زاده تلوکی^۱حسین فرجی لموکی^۲فرشته خطی دیز آبادی^۳جمشید یزدانی چراتی^۴

چکیده

سابقه و هدف: یکی از مهم ترین عوامل مخاطره سلامت مادر و کودک، زایمان به روش سزارین بدون علت پزشکی است. لذا مطالعه حاضر، به شناسایی علل انتخاب روش زایمان در مادران نخست زا پرداخته است.

مواد و روش ها: این مطالعه، توصیفی مقایسه ای می باشد. جامعه آماری مورد مطالعه، مادران نخست زا در مراکز بهداشتی یکی از شهرستان های استان مازندران در سال ۱۳۹۶ بوده است. روش جمع آوری داده ها به صورت سرشماری شامل ۲۷۲ نفر (۱۴۰ نفر سزارینی در مقابل ۱۳۲ نفر زایمان طبیعی) بوده است. جمع آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته، انجام شد. روایی این پرسشنامه توسط متخصصین و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به تایید رسید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ۲۴ و در سطح معنی داری ۵ درصد انجام پذیرفت.

یافته ها: یافته های مطالعه نشان داد که از ۱۴۰ زایمان به روش سزارین، ۶۶ زایمان (۴۶/۵ درصد) آن فاقد توصیه پزشکی بوده است و از مهم ترین علل آن می توان ترس از دردهای واژینال، ایمنی و بهداشت جنین را نام برد. با یک درصد افزایش آگاهی در زمینه مزایای زایمان طبیعی و معایب سزارین، به ترتیب ۱۵ درصد و ۱۲ درصد شانس زایمان طبیعی افزایش می یابد ($P < 0/01$). هم چنین با یک درصد بهبود وضعیت اجتماعی اقتصادی، شانس انتخاب روش سزارین ۲/۴۵ برابر افزایش می یابد ($P = 0/023$).

استنتاج: با توجه به نتایج این مطالعه، افزایش آگاهی در زمینه مزایای زایمان طبیعی و معایب زایمان سزارین تاثیر بالایی در انتخاب روش زایمان طبیعی دارند. لذا با عنایت به این مورد، مداخلات آموزشی در موارد یادشده برای مادرانی که قصد بارداری دارند توصیه می شود.

واژه های کلیدی: روش زایمان، مادران نخست زا، زایمان طبیعی، زایمان سزارین

مقدمه

مکانیسم انجام زایمان، یک فرآیند خود به خودی و بدون نیاز به مداخله است (۱) و سزارین به عنوان راهکاری برای حفظ جان مادر و نوزاد در زایمان های سخت مورد استفاده قرار می گیرد (۲). متأسفانه امروزه

مؤلف مسئول: جمشید یزدانی چراتی - ساری: کیلومتر ۱۷ جاده فرح آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی E-mail: Jamshid.charati@Gmail.com

۱. کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. پزشک عمومی، شبکه بهداشت قائم شهر، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. دانشجوی دکتری تخصصی (PhD) ارتقاء سلامت، شبکه بهداشت قائم شهر، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. دانشیار، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

© تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۸/۲۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۷/۸/۲۹ تاریخ تصویب: ۱۳۹۸/۴/۲

شیوع سزارین در اکثر کشورهای پیشرفته به بیش از ۵۰ درصد رسیده است (۳). بعد از دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ میزان سزارین در دنیا افزایش (۴) و طی ۲۰ سال اخیر، از ۵ به ۲۵ درصد افزایش یافته است (۵). به گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵، افزایش ۱۵-۱۰ درصدی زایمان سزارین، در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه دیده می‌شود (۶). براساس مطالعه‌ای که در کشور نروژ انجام شده است ۱۷/۵ درصد زایمان با روش سزارین و مابقی به روش طبیعی بوده است (۷). امروزه سزارین‌های بدون علت طبی از فاکتورهای مهمی است که میزان سزارین را افزایش داده است (۸). انجام عمل جراحی سزارین، قاعدتاً محدود به مواردی است که با خطرانی جدی برای جنین یا مادر همراه باشد (۹). بنابراین موارد استفاده از عمل سزارین محدود و مشخص بوده و الزاماً روش ارجح برای زایمان نیست (۱۰) و نسبت به زایمان واژینال خطر بیش‌تری دربردارد (۱۱).

در متون پزشکی، درخواست مادر به عنوان یکی از حقوق اساسی مادر در نظر گرفته می‌شود (۱۲) و از دیدگاه اخلاقی، باید حق انتخاب آگاهانه، محفوظ باشد (۱۳). با توجه به مسائل فوق، انتخاب زایمان سزارین توسط مادران از موضوعات بحث‌برانگیز است (۱۴). برخی معتقدند باید خود بیماران حق انتخاب سزارین را داشته باشند (۱۵)، در مقابل گروهی دیگر سزارین انتخابی را خلاف اصول اخلاقی و پزشکی دانسته‌اند (۱۶)؛ چراکه در سزارین‌های غیرضروری عوارضی هم‌چون خونریزی، عفونت، آتلکتازی، ترمبوآمبولی و مرگ و میر مادری و نوزادی بیش‌تر است (۱۷). هم‌چنین زایمان سزارین منجر به افزایش هزینه‌های هنگفت برای خانواده‌ها و نظام سلامت هر کشور می‌شود (۱۸). انجمن علمی مراقبت‌های دوران بارداری و نوزادان در بریتانیا معتقد است در مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری باید جلسات آموزشی مشاوره قبل از تولد به صورت جزء جدایی‌ناپذیر مراقبت‌های دوران بارداری قرار گیرد (۱۹). زنان باردار در مورد انتخاب روش زایمان در یک فرایند تصمیم‌گیری قرار

می‌گیرند که عوامل گوناگونی در این انتخاب نقش دارند (۲۰). این عوامل شامل جنبه‌های اجتماعی، خانوادگی، توصیه پزشکی و تجارب زایمان قبلی، همینطور خطر نسبی و منافع زایمان واژینال در مقابل سزارین در شرایط حاملگی کنونی‌شان می‌باشد (۲۱). امروزه با آموزش و مشاوره در مراقبت‌های دوران بارداری می‌توان از افزایش بی‌رویه سزارین در سیستم بهداشت و درمان کشور جلوگیری نمود (۲۲). اکنون بسیاری از مردم خود را به عنوان اولین فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی برای خویش در نظر می‌گیرند و نقش پزشکان برایشان در سطح یک مشاور یا آموزگار می‌باشد (۲۳). طبق نظر اداره سلامت مادران و زرات بهداشت در رابطه با علت‌های مرتبط با پزشک، یکی از عوامل موجود، تمایل و درخواست خود بیمار از پزشک، مطرح شده است (۲۴). علاوه بر این عواملی مانند سن، ترس از زایمان طبیعی، ترس از عوارض زایمان و تعامل با پزشک، فاکتورهای شغل، میزان تحصیلات، سن مادر، نوع بیمارستان، داشتن تجربه خوب از زایمان قبلی، فرهنگ جامعه و پیامدهای سزارین و زایمان طبیعی بر انتخاب روش زایمان موثرند (۲۵، ۲۸، ۲۹). مهم‌ترین دلایل 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، شهرنشینی، نگرانی از وضعیت سلامت نوزاد، نگرانی از تغییرات دستگاه تناسلی، نظر همسر و تمایل بر انتخاب روش سزارین بوده‌اند (۲۶، ۲۷). در مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۷ در کانادا نتیجه گرفتند که انتخاب روش زایمان زنان تحت تاثیر تجربه شخصی و نگرانی‌های روانی و اجتماعی قرار می‌گیرد (۳۰). نتایج مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۷ در سوئد نشان داد که ترس از درد ناشی از زایمان طبیعی و تجربه بد قبلی در انتخاب روش زایمان در بین زنان باردار تاثیر بسزایی داشته است (۳۱). از مطالعه‌ای در کشور غنا نتیجه گرفتند که بیش‌تر زنان، سزارین را به عنوان یک بیماری طولانی

مدت دانسته که مانع از توانایی آن‌ها در تعامل با فعالیت‌های اقتصادی و مراقبت از فرزندان می‌شود (۳۲). نتایج مطالعه ای در سوئیس نشان داد که زنان با زایمان سزارین، بیش تر نگرانند و احساس ایمنی و اعتماد به نفس کم تری داشتند (۳۳).

مطالعه‌ای در ترکیه نشان داد که مهم ترین دلایل زایمان طبیعی این بوده که در دوره پس از زایمان سریع بهبود یابند (۳۴).

در ایران در سال ۲۰۰۸ تقریباً ۴۰ درصد از زایمان‌ها در بیمارستان‌های دولتی و ۹۰ درصد از آن‌ها در بیمارستان‌های خصوصی به روش سزارین انجام شده است (۳۵). بنابر آمارهای اعلام شده از سوی وزارت بهداشت ایران، میزان سزارین به ۵۴ درصد رسیده است (۳۶). بر اساس برخی گزارش‌ها میزان سزارین در استان مازندران ۷۰ درصد گزارش شده که این میزان ۱۵ درصد بالاتر از میانگین کشوری است (۳۷). نوآوری این مطالعه این است که در زمینه انتخاب روش زایمان و عوامل موثر بر آن نظیر عوامل اجتماعی اقتصادی، آگاهی از مزایای زایمان طبیعی و معایب سزارین به صورت مقایسه‌ای در دو گروه مادران نخست‌زا در منطقه مورد مطالعه کاری صورت پذیرفته بود که بتواند اندازه تاثیر پذیری آن‌ها را نشان دهد. با توجه به این که زایمان یکی از حساس ترین و مهم ترین خدمات نظام بهداشتی-درمانی جوامع است، سزارین نیز به عنوان یکی از روش‌های زایمان باید به شکل مناسب و کم هزینه و حداقل عوارض جسمی و دارویی ارائه شود (۳۸). این مطالعه با هدف بررسی علل مرتبط با انتخاب روش زایمان در مادران نخست‌زا در یکی از شهرهای استان مازندران در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، توصیفی مقایسه‌ای است. مادران نخست‌زا در مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش شهرستان قائم‌شهر واقع در مناطق مرکزی استان مازندران

و به دلیل ساختار فرهنگی و اجتماعی نزدیک با سایر شهرهای این منطقه مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند. نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد. معیار ورود به مطالعه هم تمایل به شرکت در روند مطالعه و اولین تجربه بارداری و زایمان بوده است. پرسشنامه توسط خود مادران پر شده است، هم چنین مادرانی که حداکثر ۱۲ ماه از زایمانشان گذشته بود مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای انجام مطالعه از پرسشنامه محقق ساخته شامل سوالات جمعیت شناختی، عوامل اجتماعی اقتصادی (شامل شغل مادر، پدر، سطح تحصیلات زوجین، درآمد)، عوامل مرتبط با نوزاد (شامل چند قلوزایی، جنسیت پسر، وزن نوزاد)، عوامل مرتبط به مادر (سابقه سقط، سابقه نازایی، سابقه مصرف دارو، ترس از درد، ترس از به هم خوردن فیزیکی بدن، بیماری‌های زمینه‌ای مادر، پذیرش توصیه دیگران)، آگاهی از عوارض سزارین و مزایای زایمان طبیعی شامل ۷ سوال طیف لیکرت مربوط به عوارض سزارین و ۶ سوال لیکرت مربوط به مزایای زایمان طبیعی بوده که روایی پرسشنامه فوق به تایید متخصصین رسیده است و برای سوالات طیف لیکرت نیز با آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به تائید رسید. برای محاسبه هریک شاخص‌ها مجموع امتیازات هر شاخص محاسبه و بر حداکثر امتیازاتی که می‌توانست کسب شود تقسیم و در عدد ۱۰۰ ضرب شد و به این صورت درصد امتیازات مشاهده شده هر یک از عوامل محاسبه شد. برای انجام تحلیل ابتدا ویژگی‌های جمعیت شناختی و زمینه‌ای مادران نخست‌زا و هم چنین مولفه‌های اثرگذار در انتخاب روش زایمان با استفاده از روش‌های توصیفی شامل میانگین $\pm$ انحراف معیار برای متغیرهای کمی و درصد فراوانی برای متغیرهای کیفی توصیف و همزمان با استفاده از روش‌های آماری تی مستقل و آزمون مربع کای با هم مقایسه شدند. ابتدا از رگرسیون لجستیک تک متغیره استفاده شد. سپس متغیرهایی که معنی‌داری آن‌ها در رگرسیون لجستیک تک متغیره کم تر از ۰/۳ بودند وارد مدل رگرسیون

جدول شماره ۱: توصیف و مقایسه ویژگی های جمعیت شناختی و عوامل زمینه‌ای مرتبط با انتخاب روش زایمان (سزارین یا طبیعی) در مادران نخست‌زای مورد مطالعه

عنوان	گروه		سطح معنی داری
	زایمان طبیعی تعداد (درصد)	سزارین تعداد (درصد)	
سن مادر (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	۲۵/۷۷ $\pm$ ۵/۱	۲۵/۷۲ $\pm$ ۵/۳۲	۰/۷
سن همسر هنگام زایمان مادر	<۲۰	(۲/۳)۳	(۱/۴)۲
	۲۰-۲۹	(۵۰/۸)۶۷	(۴۷/۹)۶۷
	۳۰-۳۹	(۳۶/۴)۴۸	(۴۳/۶)۶۱
	۴۰-۴۹	(۹/۸)۱۳	(۵)۷
	۵۰-۵۹	(۰/۸)۱	(۲/۱)۳
سطح سواد مادر هنگام زایمان			
زیردبلم و دبلم	(۶۸/۲)۹۰	(۵۷/۹)۸۱	۰/۰۷
دانشگاهی	(۳۱/۸)۴۲	(۴۲/۱)۵۹	
سطح سواد همسر هنگام زایمان			
دبلم و پائین تر	(۷۲)۹۵	(۶۰/۸)۹۵	۰/۰۴۸
دانشگاهی	(۲۸)۳۷	(۳۹/۳)۵۵	
وضعیت شغل مادر			
غیر شاغل	(۹۰/۹)۱۲۰	(۸۲/۱)۱۱۵	۰/۰۳۲
شاغل	(۹/۱)۱۲	(۱۷/۹)۲۵	
وضعیت شغل همسر			
یکبار	(۲/۳)۳	(۲/۱)۳	۰/۲۲
کارگر	(۳۷/۱)۴۹	(۲۶/۴)۳۷	
آزاد	(۴۷)۶۲	(۵۱/۴)۷۲	
کارمند	(۱۳/۶)۱۸	(۲۰)۲۸	
میزان درآمد خانواده در ماه بر حسب تومان			
کم تر از یک میلیون تومان	(۵/۳)۷	(۲/۱)۳	۰/۱۵
یک تا دو میلیون	(۱۵/۹)۲۱	(۱۸/۶)۲۶	
دو تا سه میلیون	(۳۴/۸)۴۶	(۲۵/۷)۳۶	
بیش تر از سه میلیون	(۴۳/۹)۵۸	(۵۳/۶)۷۵	
بیمه بودن مادر			
بلی	(۹۱/۷)۱۲۱	(۹۳/۶)۱۳۱	۰/۵۴
خیر	(۸/۳)۱۱	(۶/۴)۹	
بیمه تکمیلی			
بلی	(۱۹/۷)۲۶	(۲۵/۷)۳۶	۰/۲۳
خیر	(۸۰/۳)۱۰۶	(۷۴/۳)۱۰۴	
نوع بیمارستان			
خصوصی	(۱۸/۲)۲۴	(۵۵/۷)۹۲	۰/۰۰۱
دولتی	(۸۱/۸)۱۰۸	(۳۳/۳)۴۸	
سن حاملگی مادر به هنگام زایمان به هفته			
<۳۷	(۵/۳)۷	(۱۰)۱۴	۰/۳۳
۳۷-۴۰	(۸/۷)۱۱۶	(۸۴/۳)۱۱۸	
>۴۰	(۶/۸)۹	(۵/۷)۸	
وزن نوزاد هنگام تولد (بر حسب گرم)			
<۲۵۰۰	(۵/۳)۷	(۷/۱)۱۰	۰/۰۲
۲۵۰۰-۳۵۰۰	(۷۵/۸)۱۰۰	(۷۲/۱)۱۰۱	
۳۵۰۰-۴۰۰۰	(۱۸/۹)۲۵	(۱۵)۲۱	
>۴۰۰۰	(۰)۰	(۵/۷)۸	
جنسیت نوزاد			
دختر	(۵۸/۳)۷۷	(۴۵/۷)۶۴	۰/۰۳
پسر	(۴۱/۷)۵۵	(۵۴/۳)۷۶	
خواسته یا ناخواسته بودن بارداری			
بله	(۹۵/۵)۱۲۶	(۹۳/۶)۱۳۱	۰/۴۹
خیر	(۴/۵)۶	(۶/۴)۹	

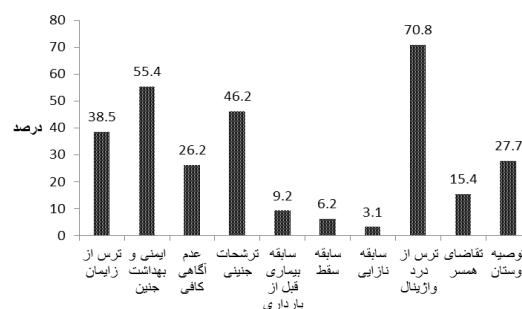
جدول شماره ۲: مقایسه و توصیف عوامل تاثیرگذار بر انتخاب روش زایمان (سزارین یا طبیعی) در مادران نخست‌زای مورد مطالعه با استفاده از آزمون تی مستقل

دسته عوامل	گروه زایمان طبیعی	گروه زایمان سزارین	مقایسه
نام متغیر	انحراف معیار میانگین	انحراف معیار میانگین	اندازه اثر (فقدان)
آگاهی از عوارض سزارین	۸۴/۸ $\pm$ ۱۹	۳۵ $\pm$ ۶	یزرگ (۲/۸۶)
آگاهی از مزایای زایمان طبیعی	۸۰/۴ $\pm$ ۲۵	۴۰ $\pm$ ۱۰	یزرگ (۲/۳۳)
عوامل مربوط به نوزاد	۵۶/۸ $\pm$ ۱۲	۵۸/۵ $\pm$ ۱۳	کوچک (۰/۱۶)
عوامل اجتماعی اقتصادی	۴۵/۹ $\pm$ ۱۳	۵۰/۳ $\pm$ ۱۳	کوچک (۰/۳۳)

لجستیک چند متغیره شدند و پس از انجام این تحلیل اندازه اثر هر کدام براساس شانس انتخاب سزارین نسبت به روش زایمان طبیعی محاسبه شد. در انجام رگرسیون لجستیک از شیوه پسرو و سطح معنی داری نهایی ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای انجام تحلیل نیز از نرم افزار SPSS24 استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، تعداد ۲۷۲ مادر نخست‌زا با روش نمونه گیری در دسترس مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند، که از این تعداد ۱۳۲ زایمان (۴۸/۵ درصد) به صورت طبیعی و ۱۴۰ زایمان (۵۱/۵ درصد) به صورت سزارین انجام شده است. شایان توجه است که از ۱۴۰ زایمان به روش سزارین، ۶۶ زایمان (۴۶/۵ درصد) آن فاقد توصیه پزشکی برای انتخاب به روش سزارین بوده است. مهم ترین عوامل موثر بر انتخاب روش سزارین برای مادران نخست‌زای فاقد توصیه پزشکی در نمودار شماره ۱ نمایش داده شده است که مهم ترین آن ها شامل ترس از دردهای واژینال، ایمنی و بهداشت جنین، ترشحات جنینی، ترس از زایمان برای سلامت مادر و توصیه دوستان و خانواده می باشد. نتایج حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی دو گروه مورد مطالعه و مقایسه این ویژگی ها در دو گروه در جدول شماره ۱ به نمایش گذاشته شده است. توصیف و مقایسه عوامل موثر بر انتخاب روش زایمان در دو گروه سزارین و زایمان طبیعی در جدول شماره ۲ نشان داده شد.



نمودار شماره ۱: عوامل درصد عوامل موثر اعلام شده در انتخاب روش سزارین توسط مادران نخست‌زای سزارینی بدون توصیه پزشک

عوامل اجتماعی اقتصادی تا ۲/۴۵ برابر شانس زایمان به روش سزارین را افزایش می دهد. رابطه معنی داری بین عوامل مرتبط با کودک نظیر جنسیت نوزاد، چند قلوزایی و شانس انتخاب روش زایمان دیده نشد (بر اساس رگرسیون لجستیک چند متغیره) با ۱ درصد افزایش آگاهی در زمینه مزایای زایمان طبیعی و معایب سزارین، به ترتیب ۱۵ درصد و ۱۲ درصد شانس زایمان طبیعی افزایش می یابد.

بحث

در این مطالعه، بر اساس نتایج به دست آمده از ۱۴۰ زایمان سزارین، ۶۶ زایمان (۴۶/۵ درصد) فاقد توصیه پزشکی برای انتخاب به روش سزارین بوده است. یکی از دلایل بالا بودن آمار سزارین غیر ضروری، عدم آگاهی از معایب و مخاطرات سزارین و مزایای زایمان طبیعی می باشد. بر اساس نتایج ارائه شده در جدول شماره ۳، با ۱ درصد افزایش آگاهی در زمینه مزایای زایمان طبیعی و معایب سزارین به ترتیب ۱۵ درصد و ۱۲ درصد شانس زایمان طبیعی افزایش می یابد، بنابراین با آموزش مزایای زایمان طبیعی و آگاه کردن مادران از چگونگی انجام زایمان ایمن و بدون درد و بیان عوارض زایمان سزارین به مادران و همسران آنها، می توان از سزارین های غیر ضروری جلوگیری کرد.

جدول شماره ۳: به کار گیری رگرسیون لجستیک چند متغیره برای تعیین اندازه اثر عوامل تاثیر گذار، متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه ای موثر بر انتخاب روش زایمان (سزارین یا طبیعی) در مادران نخست زای مورد مطالعه

شاخص	ضریب رگرسیون	خطای معیار	نسبت شانس	سطح معنی داری
عوامل اجتماعی اقتصادی	۲/۴۵	۱	۱۱/۶	۰/۰۲۳
آگاهی از مزایای زایمان طبیعی	-۰/۱۴	۰/۰۳	۰/۸۷	<۰/۰۰۱
آگاهی از معایب سزارین	-۰/۱۱	۰/۰۲	۰/۸۹	<۰/۰۰۱
عوامل مرتبط با نوزاد	۰/۰۱۱	۰/۰۱	۱/۰۱۱	۰/۲۵

بر اساس مطالعه شرقی (۳۹) بیشترین فراوانی انتخاب زایمان سزارین، مربوط به عدم پیشرفت زایمان بوده است (۱۸/۱ درصد)، پس از آن، درخواست پزشک

(۱۵/۱ درصد) و ترس از درد زایمان و درخواست مادر (۱۱/۲ درصد) در رتبه های بعدی بودند. در مطالعه حاضر نیز حدود ۴۶/۵ درصد فاقد توصیه پزشکی بوده که می تواند ناشی از مهم ترین آنها شامل ترس از دردهای واژینال، ایمنی و بهداشت جنین، ترسحات جنینی، ترس از زایمان برای سلامت مادر و توصیه دوستان و خانواده و عوامل اجتماعی و اقتصادی می باشد که این نتایج با نتایج مطالعه Leone و همکاران (۴۰) همخوانی دارد. در پژوهش فراهانی و همکاران (۴۳)، نیز نتایج حاکی از آن بوده که افزایش سن ازدواج، افزایش سن در هنگام تولد اولین فرزند، افزایش میزان اشتغال زنان و دسترسی به خدمات بهداشتی و تکنولوژی پیشرفته تر، آنها را در سیکل معیوبی قرار می دهد و منجر به افزایش سزارین می شود، اما در نتایج این مطالعه همانطور که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است ساختار سنی در دو گروه تفاوت ندارند اما از حیث سطوح تحصیلی و نیز اشتغال، گروه سزارین بالاتر از گروه زایمان طبیعی می باشد که می تواند ناشی اثرات فرهنگی و تبعیت و توصیه دیگران و یا سایر عواملی که در نمودار شماره ۱ نمایش داده شده باعث انتخاب سزارین به عنوان روش زایمان باشد.

در مطالعه ای در ایتالیا توسط Cantagallo همکاران (۴۴)، شیوع سزارین در خانم های با تحصیلات دانشگاهی، ۴۰ درصد بالاتر بوده است.

یافته های مطالعه گرمارودی (۴۵) نیز رابطه معناداری بین سطح سواد بالاتر مادر، اشتغال مادر و وضعیت اقتصادی - اجتماعی بالای خانواده را نشان داده است و نتایج مطالعه شریعت (۴۶) و احمدنیا (۴۷) نیز این ارتباطها را تایید کرده است. با توجه به نتایج مطالعه حاضر می توان بیان کرد احتمالاً با افزایش سطح تحصیلات، فرصت های کاری بهتر و درآمد بالاتر برای خانم ها ایجاد می شود و با افزایش توانایی اقتصادی خانواده ها، توان بالاتر برای پرداخت هزینه های زایمان سزارین ممکن می شود و به همین دلیل اقدام به مراجعه به

کلینیک‌های خصوصی و انجام زایمان سزارین بدون علت پزشکی رخ می‌دهد. در برزیل، Nuttal (۴۸) بیان کرد میزان سزارین در مراکز خصوصی خیلی بالاتر از مراکز دولتی می‌باشد. نتایج مطالعه احمدنیا (۴۷) نیز بیانگر همین مطلب بوده است. با وجود این، نتایج یک مطالعه در هلند توسط Kwee (۴۹) بیانگر این مطلب بوده که همیشه زنانی که تمایل به انجام زایمان سزارین دارند، می‌توانند متخصصین زنانی را پیدا کنند که زایمان سزارین را بنا به دلایل غیر پزشکی برایشان انجام دهند.

طی بررسی تحقیقات جمعیتی در واشنگتن دی سی نیز می‌توان گفت که نزدیک به یک میلیون از سزارین‌های انجام شده در هر سال غیر ضروری بوده است. در این راستا مداخلاتی انجام شده بود و از طریق اینترنت، اقدام به آموزش خانواده‌ها انجام می‌شد (۴۱، ۴۲). قابل ذکر است در پژوهش قهرمانی و همکاران (۵۰) ملاحظه شد که بین شرکت در کلاس‌های آموزش خانواده و ترغیب به زایمان طبیعی رابطه وجود دارد. در عین حال، نتایج مطالعه حاضر نیز بیانگر این مطلب بوده است که بر اساس خود اظهاری افراد سزارینی فاقد توصیه پزشکی یکی از عوامل مهم عدم اطلاعات کافی بوده است و علاوه بر آن با ۱ درصد افزایش آگاهی در زمینه مزایای زایمان طبیعی، ۱۵ درصد شانس زایمان طبیعی افزایش می‌یابد.

در پژوهش ابراهیمی پور و نخعی (۲۵)، عامل ترس از عوارض زایمان طبیعی، به عنوان کم‌ترین مانع گسترش زایمان به روش طبیعی تعیین شد. این در حالی است که در پژوهش حاضر روشن شده است در بین مادران دارای تمایل به زایمان به روش سزارین، از نظر علل و دیدگاه مادری، ترس از عوارض و درد زایمان طبیعی به عنوان بیش‌ترین مانع گسترش زایمان به روش طبیعی شناخته شده است.

می‌توان گفت نتایج مطالعه حاضر، در راستای پژوهش قدیمی و همکارانش قرار داشته است. در پژوهش وفائی و همکاران (۲۷)، نتایج حاکی از آن بوده که شهرنشینی، نگرانی از وضعیت سلامت نوزاد، نگرانی از

تغییرات دستگاه تناسلی، نظر همسر و تمایل بر انتخاب سزارین، تاثیر معنی‌داری بر انتخاب روش زایمان داشته است. در پژوهش حاضر، همه عوامل ذکر شده در پژوهش فوق، به جز عامل شهرنشینی، بررسی شدند و تاثیر قابل توجهی بر انتخاب روش زایمان داشته است.

در پژوهش محمدی تبار و همکاران (۲۸)، دو عامل ترس از زایمان طبیعی و نوع بیمارستان به عنوان فاکتورهای تاثیرگذار بر انتخاب روش زایمان سزارین انتخاب شدند. یافته‌های پژوهش باقری و همکاران (۲۹) نیز عوامل ترس از درد زایمان طبیعی، داشتن تجربه خوب از زایمان قبلی، فرهنگ جامعه و پیامدهای سزارین و زایمان طبیعی، به عنوان فاکتورهای تاثیرگذار بر انتخاب زایمان سزارین بیان شد. پژوهش حاضر با پژوهش‌های فوق همخوانی داشته و ترس از درد زایمان طبیعی و نوع بیمارستان به عنوان پارامترهای موثر بر انتخاب زایمان سزارین انتخاب شدند و علاوه بر آن نتایج پژوهش حاضر نشان داد که داشتن سابقه بارداری در بستگان و میزان رضایت آن‌ها از زایمان طبیعی نشان‌دهنده این بوده که توصیه اطرافیان بر علل عوارض سزارین، ۶ درصد شانس انتخاب زایمان طبیعی را افزایش داده است. در پژوهش Karlström (۳۱) نیز ترس از درد زایمان طبیعی به عنوان یک عامل مهم معرفی شد و این عامل در مطالعه حاضر هم بالاترین عامل در انتخاب زایمان سزارین بوده است. با توجه به این موارد می‌توان بیان کرد که نتایج دو مطالعه در راستای هم می‌باشند.

در پژوهش Munro و همکاران (۳۰) نتایج بر دو عامل تاثیر تجربه شخصی و نگرانی‌های روانی و اجتماعی تاکید داشته است. مطالعه حاضر به این دو عامل، داشتن تجربه از زایمان در مادران نخست‌زا (تحت عنوان سابقه سزارین در بستگان درجه یک) و نگرانی‌ها (تحت عنوان ترس از رفتار کارکنان زایشگاه) تاکید فراوانی داشته است که می‌توان گفت نتایج این دو پژوهش هم‌سو بوده است.

Carquillat و همکاران (۳۳) در پژوهش خود در

خصوص تجربیات زایمان زنان سوئیس، نشان دادند که زنان با روش زایمان سزارین، بیش تر نگران، کم تر دارای احساس ایمنی و کم تر اعتماد به نفس داشتند که با یافته های پژوهش حاضر همخوانی داشته است.

Yilmaz و همکاران (۳۴) در پژوهش خود در ترکیه نشان دادند که مهم ترین دلایل زایمان طبیعی، سالم بودن و دوران سریع بهبودی بعد از زایمان است. در حالی که در مادران با انتخاب روش زایمان سزارین، عامل درد و ایمنی بیش تر نوزاد، عامل تاثیر گذاری بوده است. همچنین، اطلاعات گمراه کننده و هراس انگیز مربوط به زایمان طبیعی به عنوان عوامل موثر بر ترجیحات زنان برای زایمان نیز مشاهده شد. تمام این پنج عامل ذکر شده، در پژوهش حاضر مورد توجه بودند. دوران نقاهت کوتاه تر و بازگشت سریع تر به فعالیت معمول پس از زایمان، جزو عامل های مهم در انتخاب زایمان طبیعی بوده است.

در پژوهش حاضر، در بررسی انتخاب زایمان سزارین، ترس از درد زایمان طبیعی دارای بیش ترین فراوانی بوده و حفظ امنیت و سلامت جنین بعد از عامل ترس از درد زایمان طبیعی، مهم ترین عامل تاثیر گذار بوده است. نتایج پژوهش حاضر، علاوه بر این که جنبه های جدیدی از فاکتورهای تاثیر گذار بر انتخاب روش زایمان طبیعی و سزارین را معرفی نمود، تائید کننده عمده پژوهش های اشاره شده در خصوص عوامل تعیین کننده انتخاب روش زایمان نیز بوده است.

افزایش بی رویه سزارین یکی از معضلات عمده نظام سلامت در تمام جوامع است و ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست. قطعاً عوامل زیادی در شیوع بالای آن دخیل می باشند. افزایش سن مادر در اولین بارداری که خود می تواند به دنبال بالا رفتن سن ازدواج نیز باشد، تحصیلات بالای مادر و همسر، اشتغال زنان و دسترسی به خدمات بهداشتی، درآمد بالای خانواده، پوشش بیمه ای و داشتن بیمه تکمیلی، انتخاب بیمارستان خصوصی، جنین درشت (بالای ۴۰۰۰ گرم)، در مواردی جنسیت نوزاد پسر و نیز ناخواسته بودن بارداری از علل و عوامل تمایل مادران به انجام زایمان سزارین بوده است. در این زمینه استفاده از رسانه های گروهی، آموزش چهره به چهره از طریق کارکنان مراقبت های بارداری و به ویژه استفاده از شبکه های آموزش مجازی پیشنهاد می شود. در این مطالعه تعداد کم جامعه آماری مادران نخست زایمان به دلیل کاهش نرخ باروری در سال های اخیر بوده است.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله مراتب سپاسگزاری خود را از معاونت محترم تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران به دلیل حمایت مالی از طرح مصوب ۱۸۴۵ اعلام می دارند. در ضمن مقاله فوق دارای کد اخلاق به شماره IR.MAZUMS.REC.95 می باشد.

References

1. Sharifi Rad GR, Fathian Z, Tirani M, Mahaki B. Study on behavioral intention model (BIM) to the attitude of pregnant women toward normal delivery an cesarean section in province of Isfahan- Khomeiny Shahr- 1385. Journal of Ilam University o Medical Sciences 2007; 15(1): 19-23 (Persian).
2. Cunningham FG. Cesarean section and postpartum hysterectomy. In: Cunningham FG; Norman FG.; Larry CG, editor. Williams' Text book of Obstetrics: From Appleton & Lange Asimond Schusler company; 2001. p. 537-564.
3. David H, Norman J. Gynecology illustrated. 5th ed. London: Livingstone Press; 2000.
4. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High risk pregnancy: management options expert consult. 2th ed. Philadelphia: Saunders; 2010.

5. Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmodi M. Cesarean section and its influencing factors in maternity hospitals in Tehran. *Payesh* 2002; 1(3): 1-6 (Persian).
6. WHO, HRP. WHO Statement on Caesarean Section Rates, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Geneva, WHO. 2015.
7. Norum J, Svee TE. Caesarean Section Rates and Activity-Based Funding in Northern Norway: A Model-Based Study Using the World Health Organization's Recommendation. *Obstet Gynecol Int* 2018; 2018: 6764258.
8. Penna L, Arulkumaran S. Cesarean section for non medical reasons. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 82(3): 399-409.
9. Naghibi KH, Allameh Z, Montazeri K. Painless delivery or cesarean section. Which is better? Isfahan, Isfahan Univ Med Sci Press 1991. (Persian).
10. Schuitemaker N, van Roosmalen J, Dekker G, van Dongen P, van Geijn H, Gravenhorst JB. Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76(4): 332-334.
11. Rivlin ME, Martin RW. Manual of clinical problems in obstetrics and gynecology. 5th ed. Philadelphia, LWW Press; 2000.
12. Bergholt T, Qstberg B, Legart 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; 83(3): 262-266.
13. Tranquill AL, Giannubilo SR. Cesarean delivery on maternal request in Italy. *Int J Gynecol Obstet* 2004; 84(2): 162-170.
14. Little MO, Lysterly AD, Mitchell LM, Armstrong EM, Harris LH, Kukla R, et al. Mode of delivery: toward responsible inclusion of patient preferences. *Obstetrics and Gynecology* 2008; 112(4): 8-13.
15. Harer WB. Patient choice cesarean (ACOG clinical review). Washington DC. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2000.
16. Kalish RB, McCullough LB, Chervenak FA. Patient choice cesarean delivery: ethical issues. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008; 20(2): 116-119.
17. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY, et al. Williams's Obstetrics. 22nd Ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
18. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* 2003; 79(935): 505-510.
19. Moscuccio. Holistic Obstetrics: The origin of natural childbirth in Britain. *Postgrad Med J* 2003; 79 (629): 168-173.
20. Adib Haj Bagheri M, Salsali M, Ahmadi F. Clinical Decision-Making: a Way to Professional Empowerment in Nursing. *Iranian Journal of Medical Education* 2003; 3(2): 3-13 (Persian).
21. Walker R, Turnbull D, Wilkinson C. Increasing section rates: Exploring the role of culture in an Australian community. *Birth* 2004; 2(31): 117-124.
22. Judith AL. The cesarean catastrophe. *The Journal of Perinatal Education* 2006; 15(1): 1-10.
23. Dyer O. New report on corruption in health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006; 84: 84-85.
24. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS; Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned

- vaginal delivery at term. CMAJ 2007; 176(4): 455-460.
25. Ebrahimipor S, Nakhaei N. The study of barriers to the development of natural birth and its development methods by Gynecologists and Midwifery. Journal of Health and Development 2016; 5(1): 71-78.
 26. Ghadimi M, Rasooli M, Motahar S, Lajevardi Z, Imani A, Chobsaz A, Razeghiyan S. Affecting factors the choice of delivery and attitude of pregnant women admitted to the civil hospitals of Social Security Organization in 2013. J Sabzevar Univ Med Sci 2014; 21(2): 309-318.
 27. Vafaei R, Hosseini F, Ghobadi K, Momen Bellah Fard M, Qalandari M, Qarlipour Z, Tavasololli. Investigating factors affecting the willingness to choose delivery method in pregnant women referring to governmental hospitals in Shiraz. J Nursing & Midwifery Faculty 2013; 23(81): 13-18.
 28. Mohammadi Tabar Sh, Rahnama P, Heidari M, Kiani A, Mohammadi Kh. Study information sources for select type of delivery in pregnant women attending to maternity hospital in Tehran. Medical Ethics J 2012; 21(1): 131-144 (Persian).
 29. Bagheri A, Masoudi Alavi N, Abaszadeh F. Effective factors for choosing the delivery method among the pregnant women in Kashan, two monthly research. Feyz 2012; 16(2): 146-153.
 30. Munro S, Janssen P, Corbett K, Wilcox E, Bansback N, Kornelsen J. Seeking control in the midst of uncertainty: Women's experiences of choosing mode of birth after caesarean. Women Birth 2017; 30(2): 129-136.
 31. Karlström A. Women's self-reported experience of unplanned caesarean section: Results of a Swedish study. Midwifery 2017; 50: 253-258.
 32. Rishworth Andrea, Bisung Elijah, Luginaah Isaac. "It's Like a Disease": Women's perceptions of caesarean sections in Ghana's Upper West Region. Women Birth 2016; 29(6): e119-e125.
 33. Carquillat P, Boulvain M, Guittier MJ. How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences? Midwifery 2016; 43: 21-28.
 34. Yilmaz SD, Bal MD, Beji NK, Uludag S. Women's Preferences of Method of Delivery and Influencing Factors. Iran Red Crescent Med J 2013; 15(8): 683-689.
 35. TorkZahrani S. Commentary: childbirth education in Iran. J Perinat Educat 2008; 17(3): 51-54.
 36. Azami-Aghdash S, Ghोजazadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M, Asl Amin Abad R. Prevalence and Causes of Cesarean Section in Iran: Systematic Review and Meta-Analysis. Iran J Public Health 2014; 43(5): 545-555.
 37. Khani S, Shabankhani B. Can the cesarean rate be reduced in Mazandaran. J Mazandaran Univ Med Sci 2004; 14(45):43- 51.
 38. Negahban T, Ansari Jaber A, Kazemi M. Preference method of delivery and it's relevant causes in view of pregnant women referring to public and private clinics in Rafsanjan city. JRUMS 2006; 5(3): 161-168 (Persian).
 39. Sharghi A, Kamran A, Sharifard Gh. Factors influencing delivery method selection in primiparous pregnant women referred to health centers in Ardabil. Iran. Health System Research 2012; 7(3): 364-372 (Persian).
 40. Leone T, Padmadas SS, Matthews Z. Community factors affecting rising cesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries. Soc Sci Med 2008; 67(8): 1236-1246.

41. Jewkes R, Murcot A. Community representative representing the community. *Soci Sci Med* 1998; 46(7): 843-858.
42. De Muyler X, Thierry M. The cesarean delivery rate can be safely reduced in developing country. *Obstet Gynecol* 1990; 75(3): 360-364.
43. Miri farahani L, Abbasi Shavazi M. Caesarean section change trends in Iran and some demographic factors associated with them in the past three decades. *J Fasa Univ Med Sci* 2012; 2(3): 127-134.
44. Cantagallo F, Perini M, Cantagallo AA, Bahri D, Ventura GC, Lotti O, et al. The incidence of cesarean section and the means of delivery in women who have already had a cesarean. *Minerva Ginecol* 1998; 50(9): 373-378.
45. Garmaroodi Gh, Eftekhar H, Batebi A. Prevalence of caesarean section and some effective factors in Tehran. *Payesh J* 1999; 12: 45-49 (Persian).
46. Kh Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmudi M. Prevalence of caesarean section and some effective factors in Tehran. *Payesh* 2002; 1: 5-10 (Persian).
47. Ahmad-Nia S, Delavar B, Eini-Zinab H, Kazemipour S, Mehryar AH, Naghavi M.. Cesarean section in the Islamic Republic of Iran: prevalence and some sociodemographic correlates. *East Mediterr Health J* 2009; 15(6): 1389-1398.
48. Nuttall CH. Caesarean section controversy. The caesarean culture of Brazil. *BMJ* 2000; 320(7241): 1080-1083
49. Kwee A, Cohlen BJ, Kanhai HH, Bruinse HW, Visser GH. Caesarean section on request: a survey in The Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004; 113(2): 186-190.
50. Gahremani J, valizadehberoz M, Evaluating The Role Of Pregnant Women Participation In Parental Education Classes In Choosing The Type Of Delivery In Zanjan Hospitals. *The J Urmia Nurse and Midwifery*; 2016; 14(7): 654-664 (Persian).