

## مقاله پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

دوره پنجم، شماره سوم، پاییز ۱۳۸۵، ۱۶۸-۱۶۱

# روش ارجح زایمان و عوامل مؤثر بر آن، از دیدگاه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و کلینیک‌های خصوصی شهر رفسنجان

طیبه نگاهبان<sup>۱</sup>، علی انصاری جابری<sup>۲</sup>، مجید کاظمی<sup>۳</sup>

دریافت مقاله: ۸۴/۱۱/۱۷ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۸۵/۴/۷ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۸۵/۷/۲۶ پذیرش مقاله: ۸۵/۸/۲۱

### چکیده

**زمینه و هدف:** در اغلب موارد، زایمان طبیعی، بهترین نوع زایمان بوده اما در چند دهه اخیر در اکثر کشورهای جهان، سزارین رشد فزاینده‌ای یافته است. این در حالی است که در بسیاری از موارد، دلایل علمی تعیین کننده نوع زایمان نیست و اکثر سزارین‌ها بنا به درخواست خانم‌های باردار صورت می‌گیرد. یکی از راه‌های کاهش سزارین، شناسایی علل تمایل خانم‌های باردار به زایمان سزارین، می‌باشد. بنابراین در این مطالعه روش ارجح زایمان و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه خانم‌های باردار مورد بررسی قرار گرفت.

**مواد و روش‌ها:** در این پژوهش مقطعی ۲۵۶ زن باردار به صورت پی‌درپی با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته از طریق مصاحبه رو در رو از نظر انتخاب روش زایمانی، عوامل مؤثر در انتخاب نوع زایمان و همچنین میزان آگاهی در زمینه انواع زایمان مورد بررسی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های مرکزی، پراکندگی، آزمون، آنالیز واریانس یک‌طرفه و مجدور کای صورت گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد ۳۱/۲۵٪ از خانم‌های باردار، سزارین و ۶۸/۷۵٪ زایمان طبیعی را انتخاب کردند. بیشترین دلیل انتخاب زایمان سزارین، ترس از درد شدید ناشی از زایمان طبیعی (۵۲/۵٪) و بیشترین دلیل انتخاب زایمان طبیعی عوارض بالای سزارین (۴۲٪) بیان شده بود. آزمودنی‌ها در مجموع به ۴۵/۵٪ سؤالات آگاهی پاسخ صحیح دادند.

**نتیجه‌گیری:** مهم‌ترین علت تمایل زنان به زایمان سزارین ترس از درد شدید ناشی از زایمان طبیعی و عدم آگاهی از عوارض سزارین بوده و بهترین راه حل این مشکل، آشنا نمودن خانم‌های باردار با عوارض سزارین و ترویج و استفاده از روش‌های دارویی و غیردارویی تسکین درد زایمان است.

**واژه‌های کلیدی:** زنان باردار، دیدگاه، روش ارجح زایمان

۱- (نویسنده مسئول) کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه، گروه آموزشی پرستاری بهداشت مادران و نوزادان، دانشکده پرستاری، مامایی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

تلفن: ۰۳۹۱-۵۲۲۵۹۰۰، فاکس: ۰۳۹۱-۵۲۲۸۴۹۷، پست الکترونیکی: flowerkimia2@yahoo.com

۲- مریبی عضو هیأت علمی گروه آموزشی روان پرستاری، دانشکده پرستاری، مامایی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

۳- مریبی عضو هیأت علمی گروه آموزشی پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری، مامایی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

## مقدمه

همچنین طبق بررسی دیگر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۹ که آخرین آمار معتبر موجود است، آمار سزارین کل کشور ۳۵٪ گزارش گردید [۱۵]. بنابراین گزارش سازمان بهداشت جهانی در هر منطقه از دنیا حدود ۱۵٪ از زایمان‌ها را می‌توان با انتخاب صحیح به روش سزارین، انجام داد [۷]، این در حالی است که با افزایش میزان سزارین، بهبودی در وضعیت مادر و نوزادان متولد شده گزارش نشده است [۱۶]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی مناطقی از دنیا که کمترین میزان سزارین را داشتند (کمتر از ۱۰٪) دارای کمترین میزان مرگ و میر حوالی زایمان بودند [۱۷] دلایل افزایش میزان سزارین هنوز به خوبی شناخته نشده است اما برخی از علل احتمالی آن عبارتند از: سزارین قبلی [۱۸]، کاهش تعداد زایمان‌ها، بالا رفتن سن زنان در اولین حاملگی، پایش الکترونیکی جنین، عوامل اقتصادی اجتماعی و فردی، ترس پزشکان از پیگیری‌های قضایی موارد سوء طبابت، زمینه دریافت مراقبت از متخصصان زنان و زایمان و ... [۷]. در خواست مددجویان و بی‌خطر بودن عمل سزارین از جمله عوامل دیگری است که باعث افزایش شیوع سزارین می‌شود. اگرچه سزارین یک عمل جراحی شکمی بزرگ است اما زنان به تجربه مشاهده کرده‌اند که تقریباً تمام افرادی که تحت عمل سزارین قرار می‌گیرند سالم بوده و به راحتی بهبود می‌یابند، بنابراین تصور می‌نمایند که سزارین بهترین و راحت‌ترین روش زایمان می‌باشد. در اغلب موارد اندیکاسیون علمی، تعیین کننده روش زایمان نیست بلکه ناآگاهی، عقاید، رفتارها و نگرش‌های غیرقابل اطمینان و غلط، روش زایمان را تعیین نموده است [۱۹]. به علاوه اغلب پزشکان متخصص زنان و بیهوشی در این عمل جراحی متداول امروزی مهارت کافی دارند اما دارای تجربه کمتری برای اداره زایمان‌های سخت می‌باشند. بدین معنا که اغلب سزارین‌ها به دلیل زایمان‌های پیچیده انجام می‌گردد و پزشکان آموزش کمتری در این زمینه دیده‌اند. لذا به نظر می‌رسد این عوامل تأثیر زیادی بر عملکرد متخصصان بگذارد [۲۰].

زایمان طبیعی در اکثر موارد، بهترین نوع زایمان تشخیص داده می‌شود و انجام عمل جراحی سزارین، قاعده‌ای محدود به مواردی است که زایمان از طریق کانال طبیعی میسر نبوده و یا با خطراتی جدی برای جنین یا مادر همراه باشد. بنابراین موارد استفاده از عمل سزارین محدود و مشخص بوده و الزاماً روش ارجح برای زایمان نیست. چرا که مانند هر عمل جراحی دیگر عوارض و مخاطراتی فراوان برای مادر و نوزاد به همراه دارد به طوری که خطر مرگ مادر در زایمان سزارین ۸ برابر زایمان طبیعی گزارش شده است [۱]. خطرات مادری ناشی از سزارین عبارتند از: عفونت، خونریزی، آسیب به دستگاه ادراری، ترمبوفلوبیت، فلچ روده، حاملگی خارج از رحم در حاملگی‌های بعدی [۲]، آندومتریوز [۳]، آدنومیوز [۴]، افزایش بستری مجدد در بیمارستان [۵] و عوارض مربوط به بیهوشی مانند آسپیراسیون محتویات معده و همچنین عوارض نوزادی ناشی از سزارین مانند انجام زایمان پیش از موعد به صورت غیرعمدی، مشکلات تنفسی به دلیل تأخیر در جذب مایعات ریوی، هیپرتانسیون ریوی و برخی صدمات نوزادی [۶]. اما در طی چند دهه اخیر انجام سزارین در اکثر کشورهای جهان رشد فزاینده‌ای داشته است. امروزه از هر ده زن آمریکایی که هر ساله در ایالات متحده زایمان می‌کنند، یک نفر سابقه زایمان سزارین دارد [۷]. در کانادا میزان سزارین حدود ۲۰ تا ۲۵٪ [۸]، در هند ۳۲/۶٪ [۹]، در انگلستان حدود ۲۱٪ [۱۰]، در اسکاتلند ۱۴/۲٪ [۷] و در سوئد ۱۰/۷٪ [۱۱] می‌باشد. بر اساس نتایج مطالعه‌ای در سال ۱۳۷۸ انجام شد، نسبت انجام عمل سزارین در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر تهران، به ترتیب ۲۷٪ و ۵۷٪ بود [۱۲]. بررسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۵ نشان داد که استان‌های قم و اصفهان به ترتیب با ۴۴/۴٪ و ۴۴٪ دارای بیشترین میزان زایمان سزارین بودند [۱۳]. در مطالعه‌ای در شهر اصفهان که در سال ۱۳۸۱ انجام گرفت، شیوع سزارین ۴٪ گزارش شد [۱۴].

تعداد دقیق مراجعه کنندگان واحد شرایط در هر مرکز دقیقاً مشخص نبود، بنابراین مراکز به طور تصادفی شماره‌گذاری شدند و به هر مرکز یک روز مراجعه می‌شد و این سیر تا پایان جمع‌آوری داده‌ها ادامه یافت تا تقریباً به نسبت مراجعه کنندگان از هر مرکز در نمونه منظور شود. پژوهشگر پس از حضور در مراکز، با زنان باردار در مورد هدف از پژوهش صحبت کرده در صورت تمايل و توافق، اقدام به تکمیل پرسش‌نامه از طریق مصاحبه می‌نمود. جهت تعیین حجم

$$n = \frac{\left( z_1 - \frac{\alpha}{2} \right)^2 p \cdot q}{d^2}$$

نمونه از فرمول

نتایج مطالعه پایلوت و  $p=0.06$ ،  $d=0.06$ ،  $z_1=1.96$  با در نظر گرفتن گردید: بر اساس نتایج مطالعه پایلوت نسبت ۵۰٪ مربوط به شیوه زایمان طبیعی می‌باشد. داده‌های این پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته که بر اساس منابع علمی معتبر شامل کتب و مقالات تهیه گردیده بود، جمع‌آوری شد. این پرسش‌نامه در سه بخش به ترتیب زیر تنظیم گردید: بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک و متغیرهای مربوط به سابقه حاملگی و زایمان‌های قبلی و حاملگی فعلی بود. بخش دوم شامل دو سؤال باز جهت تعیین روش زایمان انتخابی و دلیل انتخاب آن، طراحی شده بود. در این بخش از خانمهای حامله خواسته شد که در صورتی که هیچ محدودیتی برای انتخاب نوع زایمان نداشته باشند و همه شرایط برای هر دو نوع زایمان فراهم باشد چه روشی را برای زایمان در حاملگی فعلی انتخاب می‌نمایند و دلایل انتخاب را بیان نمایند. در بخش سوم با طرح ۱۶ سؤال چهار گزینه‌ای (زایمان طبیعی، سزارین، هر دو یا فرقی نمی‌کند و نمی‌دانم) آگاهی زنان باردار در مورد انواع زایمان مورد بررسی قرار گرفت. جهت استخراج نمرات مربوط به سؤالات سنجش آگاهی، به پاسخ صحیح نمره یک و پاسخ غلط نمره صفر تعلق گرفت. در نهایت نمره کل آگاهی با جمع زدن نمرات هر سؤال به دست آمد. جهت تعیین روابی ابزار گردآوری اطلاعات، از روش اعتبار محتوایی استفاده شد. بدین ترتیب ابزار در اختیار

با توجه به این که زایمان، یکی از حساس‌ترین و مهم‌ترین خدمات نظام بهداشتی - درمانی جوامع است، سزارین نیز به عنوان یکی از روش‌های زایمان باید به شکل مناسب، کم هزینه و همراه با حداقل عوارض جسمی - روانی صورت گیرد. آمار سزارین در نقاط مختلف دنیا از جمله در ایران به صورت روزافزونی رو به افزایش است و به نظر می‌رسد مؤلفه‌های تأثیرگذار دیگری از جمله درخواست زنان باردار، علاوه بر محدودیت‌های پزشکی در افزایش میزان سزارین نقش داشته باشد. از این رو حتی در مدرن‌ترین و پیشرفته‌ترین جوامع نیز تمام تلاش‌ها، برای کاهش سزارین و انجام زایمان به صورت طبیعی صورت می‌گیرد [۲۱]. یکی از روش‌های کاهش سزارین شناسایی علل تمايل بیماران به انجام عمل سزارین می‌باشد. لذا در این مطالعه بر آن شدیدم تا با شناسایی عوامل تأثیرگذار بر انتخاب روش زایمانی در زنان باردار راهکاری در جهت کاهش آمار سزارین بیابیم.

## مواد و روش‌ها

این یک پژوهش مقطعی بوده که در آن روش ارجح زایمان و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی و کلینیک‌های خصوصی زنان و زایمان شهر رفسنجان مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه پژوهش عبارت از کلیه زنان باردار با سن بارداری بالای ۲۰ هفته می‌باشد. سن بارداری ۲۰ هفته به بالا به این دلیل مدنظر بوده که اولاً از محدوده زمانی سقط خارج شوند ثانیاً بر اساس مراحل پذیرش نقش مادری، خانم باردار از سه ماهه دوم بارداری، جنین را به عنوان موجودی جدا از خود فرض کرده و کم‌کم به زایمان می‌اندیشد.

نمونه پژوهش شامل ۲۵۶ نفر زن باردار مراجعه کننده به مراکز هفت‌گانه بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان و چهار کلینیک خصوصی پزشکان متخصص زنان و زایمان و یک مطب خصوصی مامایی شهر رفسنجان بوده که بر اساس نتایج مطالعه مقدماتی به صورت پی در پی مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به این که

۵/۷٪، تضمین سلامت مادر و جنین ۴٪، توصیه آشنایان ۲/۸٪، تمایل به مشاهده لحظه اول تولد نوزاد ۲/۳٪، و سایر ۱/۴٪، بیان شده بود (جداول ۱ و ۲).

در این مطالعه از نظر ویژگی‌های دموگرافیکی هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری بین سن، ملیت، شغل، میزان درآمد ماهیانه، تحصیلات، تعداد حاملگی و زایمان‌های قبلی، با نوع زایمان انتخابی دیده نشد اما بین محل سکونت و روش اولین زایمان با نوع زایمان انتخابی ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید به طوری که درصد انتخاب زایمان سازارین، در ساکنین شهری بیش از رستایی بود ( $p < 0.05$ ). همچنین در افرادی که اولین زایمان آن‌ها به روش طبیعی بوده و یا اصلاً زایمان نکرده بودند، درصد انتخاب زایمان طبیعی در آن‌ها بیش از افرادی بود که اولین زایمانشان به روش سازارین بوده است ( $p < 0.05$ ). از نظر ویژگی‌های مربوط به بارداری فعلی، بین خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی و دریافت مراقبت‌های دوران بارداری با نوع زایمان انتخابی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. افرادی که حاملگی خواسته داشته و مراقبت‌های دوران بارداری دریافت کرده بودند درصد انتخاب زایمان طبیعی در آن‌ها بالاتر بود ( $p < 0.05$ ). اما ارتباطی بین نوع زایمان انتخابی با محل دریافت مراقبت‌های دوران بارداری (مراکز دولتی و خصوصی) و سابقه کسب آموزش در زمینه انواع زایمان، روش زایمان در حاملگی قبلی، سابقه زایمان نوزاد کم وزن، نارس یا ناهنجار، سابقه نازایی و سقط، داشتن عوارض در بارداری و زایمان‌های قبلی و شغل و درآمد همسر دیده نشد. در مجموع خانم‌های باردار تحت مطالعه به ۴۵/۵٪ سؤالات مربوط به آگاهی پاسخ صحیح دادند. میانگین نمره کل آگاهی واحدهای مورد پژوهش ۷/۲۸ و انحراف معیار ۲/۳۸ بوده، حداقل نمره آگاهی صفر و حداکثر آن ۱۳ می‌باشد. مقایسه نمره آگاهی بر حسب تحصیلات مادر و محل دریافت مراقبت‌های دوران بارداری تفاوت معنی‌داری نشان داد ( $p < 0.05$ ) به طوری که زنان باردار با که تحصیلات ابتدایی یا بی‌سواد، نمره آگاهی کمتری نسبت به سایر گروه‌ها کسب کردند (آزمون آنالیز واریانس یک

۱۰ نفر صاحب نظر قرار داده شد تا مناسبت سؤالات و عبارات آن را برای دستیابی به اهداف مورد نظر، مورد قضاؤ قرار دهند. ضریب روایی تک‌تک سؤالات بین ۱-۰/۸ به دست آمد. برای تعیین پایایی ابزار جهت بررسی میزان آگاهی نمونه‌ها از روش ثبات درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب به دست آمده ۰/۶ بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های مرکزی، پراکندگی، آزمون  $\alpha$ ، آنالیز واریانس یک طرفه و مجدور کای صورت گرفت.

## نتایج

نتایج نشان داد ۱۶۳ نفر از زنان مورد مطالعه (۶۳٪) ساکن شهر بوده و از نظر سن، بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۳۰-۲۶ سال بود. ۱۵/۷٪ از زنان باردار کمتر از ۲۱ سال و ۵/۸٪ بیش از ۳۵ سال سن داشتند. از نظر میزان تحصیلات، اغلب آن‌ها دارای مدرک دیپلم یا کمتر بودند و میانگین سال‌های تحصیل آن‌ها تقریباً ۹ سال بود. ۳۱/۸٪ از زنان مورد مطالعه بی‌سواد بوده و یا تحصیلات ابتدایی داشتند و تنها ۹/۹٪ دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. از نظر وضعیت شغلی بیشترین فراوانی ۸۶/۴٪ مربوط به گروه خانم‌های خانه‌دار بود. از نظر روش اولین زایمان، ۴۰/۹٪ خانم‌ها زایمان نکرده بودند، ۴۴/۶٪ زایمان طبیعی و ۱۴/۵٪ سازارین شده بودند. ۷۵/۲٪ از حاملگی‌ها، خود خواسته بود. از نظر دریافت مراقبت‌های دوران بارداری ۸۸٪ خانم‌های باردار، این مراقبت‌ها را به طور منظم دریافت کرده بودند. در بررسی نوع زایمان انتخابی ۳۱/۲۵٪ سازارین و ۶۸/۷۵٪ زایمان طبیعی را انتخاب کردند. بیشترین دلیل انتخاب زایمان سازارین به ترتیب: ترس از درد شدید ناشی از زایمان طبیعی ۵۲/۵٪، اقدام به بستن لوله‌های رحمی به هنگام سازارین ۱۷/۵٪، ترس از احتمال صدمه به نوزاد ۶/۲٪، ترس از صدمه دستگاه تناسلی ۸/۸٪، درخواست همسر ۵٪ و سایر دلایل ۶/۶٪، ذکر گردید. دلایل انتخاب زایمان طبیعی شامل: عوارض بالای سازارین ۴۲٪، بهبودی سریع تر ۲۵/۶٪، روش راحت‌تر ۱۳/۶٪، ترس از بیهوشی و اتاق عمل

معنی داری نشان داد ( $p < 0.05$ ). به طوری که خانم های باردار دارای نمره آگاهی بالاتر، زایمان به روش طبیعی را ترجیح داده بودند. (آزمون آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون  $t$  برای گروه های مستقل).

طرفه و آزمون  $t$  برای گروه های مستقل). در مورد سایر متغیرها مثل سن، محل سکونت، شغل، تعداد حاملگی ها و زایمان های قبلی، تفاوت معنی داری مشاهده نگردید. مقایسه میانگین نمرات آگاهی آزمودنی ها بر حسب نوع زایمان انتخابی تفاوت

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی دلایل انتخاب زایمان طبیعی توسط زنان باردار

متغیر	تعداد	درصد
عوارض زیاد سازارین	۷۴	۴۲
بهبودی سریع تر	۴۵	۲۵/۶
روش راحت تر	۲۴	۱۳/۶
ترس از بی هوشی و اتاق عمل	۱۰	۵/۷
تضمین سلامت مادر و جنین	۷	۴
توصیه آشنایان	۵	۲/۸
مشاهده لحظه اول تولد نوزاد	۴	۲/۳
تمایل به تجربه زایمان طبیعی	۳	۱/۸
هر کاری شکل طبیعی اش بهتر است	۲	۱/۱
طبیعی بودن زایمان قبلی	۲	۱/۱
کل	۱۷۶	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی دلایل انتخاب زایمان سازارین توسط زنان باردار

متغیر	تعداد	درصد
ترس از درد شدید زایمان طبیعی	۴۲	۵۲/۵
بستن لوله های رحمی	۱۴	۱۷/۵
ترس از صدمه به دستگاه تناسلی	۷	۸/۸
ترس از صدمه به نوزاد	۵	۶/۲
روش راحت تر	۵	۶/۲
بنا به درخواست همسر و آشنایان	۴	۵
عوارض کمتر و سلامت مادر	۳	۳/۸
کل	۸۰	۱۰۰

## بحث

بیشترین عامل انتخاب زایمان طبیعی، گذراندن یک روند عادی، بهبودی سریع تر و بی خطر بودن بیان شده است [۲۴]. در بررسی دیگر در چین مشخص شد که چهار عامل مهم اجتناب از درد زایمانی و خطرات مادری و جنینی، سیستم اعتقادی و فرهنگی، امتحان خود مختاری در تصمیم گیری و تبلیغ زایمان سازارین در انتخاب نوع زایمان نقش داشتند [۲۶].

در مطالعه حاضر ارتباط بین ویژگی های دموگرافیکی و انتخاب نوع زایمان، فقط در مورد محل سکونت (شهر و روستا) معنی دار بود. به طوری که انتخاب زایمان سازارین در افراد ساکن در شهر بیش از روستاییان بود. با توجه به این که ساکنین شهرها بیشتر به دنبال روش های مدرن زندگی هستند و دسترسی آنان به امکانات بهداشتی و درمانی بیش از روستائیان می باشد لذا دور از انتظار نیست که درصد انتخاب زایمان سازارین در بین شهروندان بیش از روستاییان باشد. Chong و همکاران، در مطالعه خود هیچ گونه ارتباط معنی دار آماری بین ترجیح زنان باردار در مورد زایمان و مشخصات دموگرافیکی نیافتند [۲۴].

در مطالعه ای دیگر با افزایش سطح سواد مادران به طور معنی داری میزان زایمان سازارین بالا بود در حالی که سایر مؤلفه های فردی چون شغل مادر و همسر و وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده، تفاوت معنی دار آماری بین انتخاب سازارین و زایمان طبیعی ایجاد نکرد [۱۹].

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد، کسانی که حاملگی خواسته داشتند و مراقبت های دوران بارداری را به طور منظم دریافت کرده بودند، درصد انتخاب زایمان طبیعی بالاتری نسبت به بقیه داشتند (۰/۷۲/۵) و (۰/۷۱/۴). که این یافته نیز به اهمیت برنامه های مراقبتی سیستم بهداشتی درمانی اشاره می کند.

در بررسی ارتباط بین نوع زایمان انتخابی با روش اولین زایمان ارتباط معنی داری دیده شد. خانم های بارداری که اولین زایمان آنان به روش سازارین صورت گرفته بود درصد انتخاب سازارین

در این پژوهش در غیاب محدودیت های پژوهشی، ۰/۶۸/۷۵ از خانم های باردار تحت مطالعه روش زایمانی انتخابی خود را روش طبیعی بیان داشتند و ۰/۳۱/۲۵، زایمان به روش سازارین را ترجیح دادند. در همین راستا فرامرزی و همکاران در نتایج مطالعه خود گزارش کردند که ۰/۶۱/۶ از افراد تحت مطالعه شان زایمان طبیعی و بقیه زایمان سازارین را انتخاب کردند [۲۲]. در مطالعه مردان نیز ۰/۳۸ از زنان سازارین و ۰/۶۲ زایمان طبیعی را ترجیح داده بودند [۲۳] اما نتایج حاصل از مطالعه Chong و همکاران در سنگاپور نشان داد که فقط ۰/۳٪ زنان سازارین را ترجیح داده و بقیه ۰/۹۶/۳ روش طبیعی را انتخاب کردند [۲۴]. Graham و همکاران از نتیجه مطالعه خود در اسکاتلند دریافتند که تنها ۰/۷٪ زنان، درخواست سازارین کرده بودند و بقیه خواهان زایمان به روش طبیعی بودند [۲۵]. همان طور که ملاحظه می شود درصد انتخاب زایمان سازارین در ایران به میزان قابل ملاحظه ای از مطالعات انجام شده در سنگاپور و اسکاتلند بالاتر است. شاید بتوان این تفاوت را به نحوه ارایه مراقبت های دوران بارداری، عملکرد سیستم های بهداشتی - درمانی، نگرش پژوهشکاران و وضعیت اجتماعی - فرهنگی جوامع مذکور نسبت داد.

در مطالعه حاضر، بیشترین دلیل انتخاب سازارین، ترس از درد ناشی از زایمان طبیعی و اقدام به بستن لوله های رحمی و بیشترین دلیل انتخاب زایمان طبیعی، عوارض زیاد زایمان سازارین و بهبودی سریع تر بیان شده بود. در مطالعه مردان نیز شایع ترین علل تمایل به سازارین ترس از درد زایمان طبیعی و تمایل به بستن لوله ها و بیشترین دلیل تمایل به زایمان طبیعی نیز درد کمتر و بهبودی سریع تر بود [۲۳]. در دو مطالعه دیگر نیز پژوهشگران به نتایج مشابه دست یافته اند [۱۹، ۲۲]. همچنین نتایج حاصل از مطالعه ای دیگر در سنگاپور نشان داد که بیشترین دلیل برای انتخاب زایمان سازارین، اجتناب از دردهای زایمانی و کاهش خطرات زجر جنینی و

ارجحیت آن نسبت به سزارین پایین بود و فقط ۴/۸٪ زنان دارای آگاهی خوب بودند و زنانی که دارای نمره آگاهی بالاتر بودند بیشتر زایمان طبیعی را ترجیح داده بودند. [۲۲]. دریک مطالعه دیگر نیز مشخص شد که میزان آگاهی زنان از عوارض زایمان طبیعی و سزارین عموماً پایین است [۲۴].

### نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج این مطالعه ترس از درد زایمانی، اقدام به بستن لوله‌های رحمی و عدم آگاهی از عوارض سزارین از جمله دلایل افزایش آمار سزارین می‌باشد. لذا لزوم آموزش عوارض سزارین و رواج روش‌های کاهش درد زایمان طبیعی، آشکارتر می‌شود. همچنین از آن جا که میزان عوارض بستن لوله با زایمان طبیعی به طور قابل ملاحظه‌ای کمتر از سزارین می‌باشد [۲۲]، عمل سزارین به علت بستن لوله‌های رحمی، نباید انجام گیرد.

در آن‌ها بیش از کسانی بود که اولین زایمان‌شان به روش طبیعی بوده یا اصلاً زایمان نکرده بودند. بر این اساس بهترین راه کاهش میزان سزارین، کاهش موارد اولیه آن می‌باشد چرا که در بسیاری موارد زایمان‌های سزارین به دلیل تکرار موارد قبلی آن صورت می‌گیرد بدین منظور خانم‌هایی که برای دفعه اول حامله هستند باید تشویق شوند تا با تجربه کردن زایمان طبیعی، سختی‌های آن را بر اساس میزان سازگاری و آستانه تحمل خود بسنجند تا به قضاوت مناسبی دست یابند.

در این مطالعه خانم‌های باردار تحت مطالعه دارای آگاهی کمی در زمینه انواع زایمان بودند و کسانی که آگاهی بالاتری داشتند، زایمان به روش طبیعی را ترجیح داده بودند. Gamble و همکاران نیز در یک مطالعه مشابه به همین نتیجه دست یافته‌ند و پیشنهاد کردند زنان را باید با آموزش و حمایت‌های روانی در تصمیم‌گیری صحیح، کمک کرد [۲۷]. در مطالعه فرامرزی و همکاران نیز آگاهی زنان باردار از زایمان طبیعی و

## References

- [1] Schulter N, Van J, Derker G, Van D, Vongei H. Maternal mortality after cesarean section in netherlands. *Acta Obstet Gyneco Scand*, 1997; 76(4): 332-4.
- [2] Slon E, Ashwill M, Sharon S. *Maternal Child Nursing*. USA: Saunders CO. 2000; p: 465.
- [3] Scholefield HJ, Sajjad Y, Morgan PR. Cutaneous endometriosis and cesarean section. *J Obstet Genicoll*, 2000; 20(suppl): S45-6.
- [4] Whitted R, Verma U, Boigl B. Does cesarean delivery increase the prevalence of adenomyosis? *Obstet Gynecol*, 2000; (suppl): S83.
- [5] Lydon RM, Holt VL, Martin DP. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *JAMA*, 2000; 283: 2411-6.
- [6] Smimth JF, Hernandez C, Wax JR. Fetal laceration injury at cesarean delivery. *Obstet Gynecol*, 1997; 90: 344-6.
- [7] Cunningham FG, Gant NF, Ievelo KJ, Gilstrap C, Hauth C, Wenstrom D. *Williams obstetrics*: UK, Cunningham, 2001; pp: 262-4.
- [8] Liu S, Heamam R, Kramer M. Length of hospital stay. Obstetric conditions at child birth and maternal readmission: A population -based cohort study. *Am J Obstet Gynecol*, 2002; 187(3):181-7.
- [9] Ntzon FO, Placek P, Taffel S. Comparison of national cesarean-section rate. *N Engl J Med*, 1987; 316(7): 386-9.
- [10] Thomas J, Paranjothy S. Royal College of Obstetricians and Gynecologists Clinical Effectiveness support Unit. The national cesarean section audit report. London: Royal College of Obstetrician and Gynecologists Press. 2002.
- [11] Nielsen TF, Olausson PO, Ingermarsson I. The cesarean section rate in Sweden: The end of the rise. *Birth*. 1994; 21(1): 34-8.
- [12] گرماودی غ، افتخار ح، باطی ع. بررسی عوامل زمینه ساز انجام عمل سزارین در مادران باردار. فصلنامه پایش، سال اول، شماره دوم، ۱۳۸۱، صفحات: ۴۵-۹.
- [13] وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، معاونت امور دارو و درمان. بررسی میزان سزارین و ترویج زایمان طبیعی در کشور: ۱۳۷۵.

[۱۴] آرام ش، علامه ز، زمانی م. بررسی روش انتخابی زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان. مجله زنان و نازایی ایران، سال چهارم، شماره‌های ۷ و ۸، ۱۳۸۱، صفحات: ۷۴-۹.

[۱۵] ایران. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. گزارش سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران. تهران: ۱۳۷۹.

[۱۶] Department of Health and Human Service. Healthy people 2000. Dhsspub No 9 Phs 91-500212, Washington Dc, 1991.

[۱۷] World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2: 436-7.

[۱۸] دچرنی آ، پرونل م. کارن زنان: ترجمه قطبی و همکاران، تهران، نشر مؤسسه فرهنگی انتشارات تیمورزاده، ۱۳۷۹، صفحه: ۷۰۸.

[۱۹] شریعت م، مجلسی ف، آذری س، محمودی م. بررسی میزان سازارین و عوامل مؤثر بر آن در زایشگاه‌های شهر تهران. فصلنامه پاپ، سال اول، شماره سوم، ۱۳۸۱، صفحه: ۴۵.

[۲۰] Shaerwen N, Scoloveno M, Weingrrten C. Maternity nursing. London, Schuster co. 1999; pp: 790-6.

[۲۱] وزیریان آ. فرهنگ سازارین. نشریه درد، شماره دوم، ۱۳۷۲، صفحه: ۴۹.

[۲۲] فرامرزی م، پاشا ه، بختیاری ا. بررسی آگاهی و نگرش زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی شهر بابل. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال سوم، شماره ۴، ۱۳۸۰، صفحه: ۳۹.

[۲۳] مردان ص. بررسی انتخاب روش زایمانی و علل آن از دیدگاه بیماران مرجعه کننده به مراکز درمانی شهر سمنان. مجله زنان و مامایی و نازایی ایران، دوره هفتم، شماره دوم ۱۳۸۳، ۴۴، صفحه: ۴۹.

[۲۴] Chong E, Mongelli M. Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *Int J Gynecol Obst*, 2003; 80: 189-94.

[۲۵] Graham W J, Hundley V, MC cheyne AL, Hall MH, Gurney E, Milne J. An investigation of women's involvement in the decision to delivery by cesarean delivery, *BRJ obstet Gynecol*, 1999; 213-20.

[۲۶] kinglee L, Holroyd E, Ngyuen C. Exploring factors influencing chines women's decision to have elective cesarean surgery. *Midwifery*. 2001; 17: 314-22.

[۲۷] Gamble JA, Creedy DK. Women's preference for a cesarean section. *Birth*. 2001; 28(2): 101-10.