**مقاله پژوهشی**
**مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان**
**دوره ۱۵، شهریور ۱۳۹۵، ۵۱۴-۵۰۳**

# تأثیر پایبندی به فرامین دینی در میان زنان باردار بر انتخاب نوع زایمان در یک جمعیت ایرانی: مطالعه مورد- شاهدی

**رضا وزیری‌نژاد[۱]، مجید کاظمی[۲]، فاطمه کاظمی[۳]، طیبه اژدری[۴]، ناصر گمنامی[۵]**

**دریافت مقاله:۹۴/۹/۲۸ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح:۹۴/۱۰/۲۷ دریافت اصلاحیه از نویسنده:۹۵/۴/۱۵ پذیرش مقاله:۹۵/۴/۲۲**

**چکیده**

**زمینه و هدف:** علاوه بر دلایل علمی مشخص، دلایلی غیرپزشکی هم می‌تواند موجب تمایل به زایمان از طریق سزارین باشد که از آن جمله می‌توان به عامل ترس از درد زایمان اشاره نمود. در این مطالعه، تأثیر میزان دینداری خانم‌های باردار بر روی نوع زایمانی که انتخاب می‌کنند، مورد ارزیابی قرار گرفته است.

**مواد و روش‌ها**: در این مطالعه مورد-شاهدی، دو گروه مادران که زایمان به روش انتخابی سزارین (موارد، ۱۱۳ نفر) و مادرانی که زایمان طبیعی داشتند (شاهدان، ۱۳۲ نفر) از لحاظ پاره‌ای متغیرها مانند سن، طبقه اجتماعی، محل سکونت، رتبه زایمان، تعداد فرزندان و تحصیلات همسان شده‌اند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل یک پرسشنامه استاندارد بود که روایی و پایایی آن تأیید شده بود. اطلاعات توسط مصاحبه‌گر آموزش‌دیده ثبت شد. داده‌ها با استفاده از آزمون T مستقل و آزمون مجذور کای تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** اختلاف معنی‌داری بین توزیع افراد بر اساس متغیرهای همسان شده در دو گروه وجود نداشت ($p>0/05$). هر دو گروه از میزان دینداری خوبی برخوردار و نمرات آنها نسبت به حداکثر نمره ممکن از سطح مطلوبی برخوردار بود. از مجموع ۲۵ سؤال تنها در سه مورد اختلاف معنی‌دار آماری بین دو گروه مشاهده شد ($p<0/05$). در مورد بقیه سؤالات موجود هیچ‌گونه اختلاف معنی‌داری بین اندازه میانگین کسب‌شده توسط گروه مادران با زایمان طبیعی و اندازه میانگین کسب‌شده توسط گروه مادران با سزارین انتخابی مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری**: خوشبختانه هر دو دسته مادران از سطح مطلوب و بالایی از دینداری برخوردار بودند. به نظر می‌رسد که با توجه به اهمیت موضوع دینداری بخصوص در جامعه اسلامی، می‌توان با استفاده از فرامین، دستورات و احادیث موجود که با سلامت مادر مرتبط هستند از شیوع بالای سزارین کاست.

**واژه‌های کلیدی:** دینداری، سزارین، زایمان طبیعی، مورد-شاهدی

۱- استاد گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، مرکز تحقیقات مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، رفسنجان، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استادیار گروه آموزشی داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
تلفن: ۰۳۹۱-۵۲۳۴۰۰۳، فاکس: ۵۲۲۵۲۰۹ – ۰۳۹۱، پست الکترونیکی: maj_kaz@yahoo.com
۳- کارشناس واکسیناسیون؛ مرکز آموزشی درمانی نیک‌نفس، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۴- کارشناس پرستاری؛ مرکز آموزشی درمانی نیک نفس، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۵- استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

## مقدمه

تأثیرات روحانی و معنوی اعتقادات ایدئولوژیک بر کسی پوشیده نیست. این تأثیرات می‌تواند زندگی بشر را تحت تأثیر خود قرار دهد. مطالعات بسیار زیادی وجود دارند که بر روی جنبه‌های گوناگون زندگی انسان انجام شده است و نتایج آنها موجود است [۱]؛ از جمله، سزارین که یکی از اعمال جراحی شناخته‌شده که از زمان‌های بسیار قدیم مورد استفاده بوده و مدت‌های متمادی دلیل انجام آن را فوریت‌های پزشکی مربوط به نوزاد یا مادر و یا هر دو آنها می‌دانستند. به‌طور مثال در داستان‌های اساطیری ایران باستان و از زبان شاعر و نویسنده نامدار ایران حکیم ابوالقاسم فردوسی گفته شده است که پهلوان بزرگ ایرانی رستم، به دلیل درشتی بدن، مجبور به تولد از طریق سزارین گردید [۲]. سزارین، به‌عنوان یکی از روش‌های ختم بارداری، در هنگام ضرورت به‌عنوان یک اندیکاسیون پزشکی مطرح بوده است. متأسفانه در چند دهه اخیر موارد عمل جراحی سزارین به دلایل غیرضروری و انتخابی به‌شدت افزایش یافته و آمار روزافزون سزارین در بسیاری از کشورهای جهان موجب نگرانی پژوهشگران و مسئولین بهداشتی و سلامت عمومی شده است. گفته می‌شود که بر اساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت حداکثر میزان سزارین بر اساس علل علمی و حقیقی ۱۵٪ است [۳]. اکنون در بسیاری از موارد، فقط فوریت‌های پزشکی منجر به زایمان به روش سزارین نیست، بلکه عوامل دیگری مانند ناآگاهی، عقاید نادرست، رفتارها و نگرش‌های غیرآزموده و غلط تعیین‌کننده نوع زایمان شده است. در ایران نیز مطالعات مختلف نشان داده‌اند که بیماری‌های لگنی، دیابت بارداری، سطح تحصیلات و سزارین قبلی از جمله عوامل مؤثر در نوع زایمان می‌باشند [۶-۴]. نتایج تحقیقات انجام شده در کشور ما نشان داده است که آمار سزارین در سال‌ها و چند دهه گذشته به‌طور تکان‌دهنده‌ای افزایش یافته است [۷].

از سوی دیگر، میزان مرگ و عوارض زایمانی نیز در بین مادرانی که تحت عمل جراحی سزارین قرار می‌گیرند، بیش از مادرانی است که زایمان طبیعی دارند. گزارش شده است که میزان مرگ‌ومیر مادران در اثر سزارین ۷-۲ برابر و میزان ناتوانی ۱۰-۵ برابر مادرانی است که زایمان طبیعی داشته‌اند [۱۰-۸]. سزارین علاوه بر مشکلات درد و رنج، مدت زمان بستری مادران در بیمارستان را نیز افزایش می‌دهد [۱۱] که خود موجب تحمیل خسارات مادی به سیستم ارائه‌کننده خدمات می‌گردد. به‌علاوه، تأثیر منفی سزارین بر سلامت نوزاد نیز گزارش گردیده است [۱۲].

البته در برخی تحقیقات، ترس مادران به‌عنوان یکی از مهم‌ترین دلایل تمایل آنها به انجام سزارین گزارش شده است [۱۳]. به‌طور مثال نتایج پژوهش Negahban و همکارش در سال ۱۳۸۷ و Ivanaki و همکاران در سال ۱۳۸۳ نشان دادند که اکثر زنان باردار شکم‌اول، ترس از زایمان را به درجاتی تجربه می‌کنند و این ترس می‌تواند یکی از دلایل وقوع سزارین اورژانسی در آنها باشد. این مطالعه نشان داد که ترس از درد زایمان و ترس از آسیب جنینی شایع‌ترین علل ترس بودند [۱۵-۱۴].

در مطالعه‌ای که توسط Valizadeh و Bayrami به‌منظور بررسی تجربیات زنان اول‌زا از درد زایمان طبیعی انجام شد، چنین نتیجه گرفته شد که اعتقادات مذهبی و

همچنین متوسل شدن به خدا و امامان، در کنترل درد زایمان مؤثر بوده است. آنان بیان می‌کنند که راز و نیاز با خدا و طلب کمک از او آرامش‌دهنده بوده و درد را قابل‌تحمل‌تر می‌کند [۱۶].

ایمان به خدا نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد که او را در تحمل سختی‌ها کمک می‌کند و نگرانی و اضطراب را که بسیاری از مردم به آن مبتلا هستند، دور می‌سازد. ایمان اعتماد به نفس و قدرت انسان را برای صبر و مقابله با سختی‌های زندگی افزایش می‌دهد و احساس امنیت و آرامش در او ایجاد می‌کند [۱۴].

توجه به مطالب فوق نشان می‌دهد دلایلی غیرپزشکی نیز می‌تواند موجب تمایل به زایمان از طریق سزارین باشد که از آن جمله می‌توان به عامل ترس از درد زایمان اشاره نمود. در این مطالعه ما بر آن شدیم تا با طراحی یک مطالعه مورد-شاهدی، تأثیر میزان دینداری خانم‌های باردار را بر روی نوع زایمانی که آنها انتخاب می‌کنند، مورد ارزیابی قرار دهیم.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه تحلیلی و از نوع مورد-شاهدی است که در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. با توجه به میزان دینداری بالاتر از سطح متوسط احتمالی ۹۰٪ و ۸۰٪ به‌ترتیب در افراد دو گروه زایمان طبیعی و زایمان به روش سزارین و نیز در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵٪ و قدرت آزمون ۸۰٪، حجم نمونهٔ لازم در هر گروه معادل ۱۲۰ نفر تعیین گردید که با لحاظ اینکه درصدی از افراد ممکن بود از مطالعه خارج شوند، تعداد ۱۳۵ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. اما به دلیل عدم مشارکت تعدادی از افراد، در نهایت، تعداد ۱۱۳ و ۱۳۲ نفر به‌ترتیب در دو گروه مورد (زایمانی سزارین) و شاهد (زایمان واژینال) در مطالعه شرکت نمودند. این افراد با روش نمونه‌گیری آسان و با توجه به متغیرهای همسان‌شده در دو گروه انتخاب شدند.

هر دو گروه مورد و شاهد از تنها زایشگاه بزرگ شهرستان رفسنجان (زایشگاه نیک‌نفس) که یکی از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی است و در آن روزانه بین ۲۵ تا ۳۰ مورد زایمان انجام می‌شود، انتخاب و دعوت به مطالعه شدند. گروه مورد از بین مادران بارداری که درخواست سزارین انتخابی داشتند انتخاب گردید. در همان مرکز و از بین مادرانی که از نظر پاره‌ای متغیرها همسان و مشابه با گروه مورد بودند ولی از نظر نوع زایمان با گروه مورد متفاوت بوده و زایمان آنها به روش طبیعی بود، تعداد ۱۳۲ نفر به‌عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. تمام مادرانی که موافق شرکت در مطالعه بودند پس از دریافت اطلاعات لازم در رابطه با مطالعه، موافقت کتبی خود را جهت همکاری اعلام نمودند. افراد دو گروه مورد و شاهد از نظر متغیرهای سن، طبقه اجتماعی، محل سکونت، رتبه زایمان، تعداد فرزندان و تحصیلات دیگر همسان‌سازی شدند. از جمله شرایط ورود به مطالعه سن بین ۱۵ تا ۴۰ سال، مساعد بودن وضعیت جسمی و روحی فرد، زایمان ترم، تک‌قلویی و عدم ابتلا به بیماری‌های قلبی یا بیماری‌های جسمی و روحی شناخته‌شده دیگر و عدم وجود هرگونه دلیل پزشکی مربوط به سلامتی افراد که فرد را مجبور به زایمان به روش سزارین نماید، بود. همچنین، در صورت هرگونه مانع از جمله ترخیص زودرس یا عدم علاقه به پاسخگویی

به سؤالات و یا نمونه‌هایی که به علت بیماری، زایمان چندقلو و یا بدون انتخاب خود، زایمان از طریق سزارین داشتند، از مطالعه خارج شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل یک پرسشنامه سنجش نگرش دینی استاندارد و نیز چک‌لیستی برای متغیرهای دموگرافیک می‌گردید که متغیرهایی چون سن، نوع زایمان، تعداد حاملگی قبلی، رتبه زایمان، تحصیلات، سطح اقتصادی، طبقه اجتماعی، محل سکونت و تعداد فرزندان را در بر می‌گرفت.

پرسشنامه مذکور حاوی ۲۵ سؤال و هر سؤال دارای پنج مقیاس و بر اساس مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ نمره دارد؛ به‌طوری‌که میانگین کلی بالای ۳ از نمره کل ۵ نشان‌دهنده میزان دینداری خوب و عالی است. اعتبار این آزمون از طریق ضریب همبستگی با آزمون آلپورت ورنون و لیندزی به دست آمده که برابر ۰/۸۰ بوده است. همچنین در اعتباریابی این پرسشنامه از روش گروه‌های شناخته‌شده نیز استفاده شده و تفاوت میانگین بین دو گروه عادی و مذهبی معنی‌دار بوده است و میزان تهیه‌شده بین دو گروه تفاوت می‌گذارد. این پرسشنامه در سال‌های اخیر مورد ارزیابی مجدد قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید شده است [۱۷]. همچنین دارای تعدادی سؤال برای اندازه‌گیری میزان دینداری افراد است. اطلاعات موردنیاز پس از انجام زایمان در شرایطی که وضعیت جسمی و روحی بیمار خوب بود، جمع‌آوری شد. این اطلاعات توسط مصاحبه‌گر آموزش‌دیده و با استفاده از پرسشنامه و چک‌لیست ثبت شد. متغیر مستقل تحت بررسی شامل میزان و اندازه دینداری افراد تحت‌بررسی بود که با استفاده از پرسشنامه استاندارد مورد ارزیابی قرار گرفت.

اطلاعات پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد پردازش قرار گرفت و برای مقایسه افراد در دو گروه مورد و شاهد، از روش‌های آماری پارامتریک و غیرپارامتریک مناسب، با توجه به وضعیت و مقیاس متغیرهای تحت بررسی، استفاده شد.

با توجه به ماهیت اطلاعات جمع‌آوری‌شده، که در مورد میزان دینداری افراد بود، نهایت دقت در رعایت ملاحظات اخلاقی به‌کار گرفته شد. موارد زیر ازجمله این نکات بود: ۱) کسب مجوز از شورای پژوهشی دانشگاه؛ ۲) محرمانه بودن اطلاعات شخصی افراد تحت مطالعه؛ ۳) توضیح کامل طرح به افراد تحت مطالعه و شرکت آگاهانه آنان در مطالعه؛ ۴) عدم تجسس در مسائل شرعی افراد تحت مطالعه.

چون اطلاعات حاصل از این مطالعه به‌صورت خودگزارشی جمع‌آوری می‌شد، عدم پاسخ‌گویی واقع‌بینانه از طرف افراد تحت بررسی جزء مشکلات اجرای طرح محسوب می‌گردید. برای حل این مشکل به افراد تحت مطالعه اطمینان داده شد که مشخصات فردی آنان محرمانه باقی می‌ماند و از طرف دیگر، شرکت در مطالعه به‌صورت کاملاً داوطلبانه بوده و از چک‌لیست‌های بدون نام برای ثبت اطلاعات استفاده می‌شود.

## نتایج

در نتایج این مطالعه اطلاعات مربوط به وضعیت افراد موردمطالعه در دو گروه مادران با زایمان طبیعی و مادران با زایمان سزارین از نظر پاره‌ای متغیرهای دموگرافیک تحت بررسی در جدول ۱ نمایش داده شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود بر اساس این متغیرهای

تأثیرگذار بر انتخاب نوع زایمان، توزیع افراد تحت بررسی در دو گروه از نظر آماری یکسان بود. هیچ‌گونه اختلاف معنی‌داری بر اساس آزمون آماری مورداستفاده (کای دو) بین توزیع افراد بر اساس این متغیرها در دو گروه وجود نداشت (p<۰/۰۵). از نظر سنی اختلاف معنی‌دار آماری بین میانگین سنی دو گروه مادرانِ با زایمان طبیعی (۴/۲±۲۳/۸ سال) و مادران با سزارین (۳/۹±۲۳/۹ سال) وجود نداشت. از جمله عوامل دیگری که در دو گروه مورد بررسی قرار گرفت وزن هنگام تولد نوزادان بود و نتایج نشان داد که میانگین این وزن در گروه مادران با زایمان طبیعی (۴۶۷±۳۰۴۹ gr) در مقایسه با همین میانگین در گروه مادران با زایمان انتخابی سزارین (۴۱۳±۳۰۸۷ gr)، تفاوت معنی‌داری نداشته است.

***جدول ۱- توزیع فراوانی مادران تحت بررسی در دو گروه با زایمان طبیعی و سزارین بر اساس پاره‌ای از متغیرهای دموگرافیک***

| ویژگی‌های دموگرافیک | گروه‌های مورد مقایسه* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | زایمان طبیعی | | سزارین | | کل | |
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد |
| **جنسیت نوزاد** | | | | | | |
| - پسر | ۴۹/۲ | ۶۵ | ۵۷/۱ | ۶۴ | ۵۲/۹ | ۱۲۹ |
| - دختر | ۵۱/۸ | ۶۷ | ۴۲/۹ | ۴۸ | ۴۷/۱ | ۱۱۵ |
| **سن** | | | | | | |
| - زیر ۲۰ | ۱۱/۴ | ۱۵ | ۸/۸ | ۱۰ | ۱۰/۲ | ۲۵ |
| - ۲۹-۲۰ | ۷۹/۵ | ۱۰۵ | ۸۲/۳ | ۹۳ | ۸۰/۸ | ۱۹۸ |
| - ۳۰+ | ۹/۱ | ۱۲ | ۸/۸ | ۱۰ | ۹/۰ | ۲۲ |
| **شغل** | | | | | | |
| - خانه‌دار | ۷۶/۳ | ۱۰۰ | ۷۷/۰ | ۸۷ | ۷۶/۷ | ۱۸۷ |
| - کارمند | ۱۴/۵ | ۱۹ | ۱۳/۳ | ۱۵ | ۱۳/۹ | ۳۴ |
| - سایر | ۹/۲ | ۱۲ | ۹/۷ | ۱۱ | ۹/۴ | ۲۳ |
| **وضعیت تحصیلی** | | | | | | |
| - بی‌سواد | ۰/۸ | ۱ | ۰/۹ | ۱ | ۰/۸ | ۲ |
| - ابتدایی و راهنمایی | ۸/۵. | ۱۱ | ۳/۵ | ۴ | ۶/۲ | ۱۵ |
| - دیپلم | ۵۶/۲ | ۷۳ | ۶۱/۱ | ۶۹ | ۵۸/۴ | ۱۴۲ |
| - بالاتر از دیپلم | ۳۴/۵ | ۴۵ | ۳۴/۴ | ۳۹ | ۳۴/۶ | ۸۴ |
| **طبقه اجتماعی** | | | | | | |
| - ضعیف | ۷/۷ | ۱۰ | ۴/۵ | ۵ | ۶/۲ | ۱۵ |
| - متوسط | ۶۲/۳ | ۸۱ | ۶۷/۰ | ۷۵ | ۶۴/۵ | ۱۵۶ |
| - خوب | ۳۰/۰ | ۳۹ | ۲۸/۵ | ۳۲ | ۲۹/۳ | ۷۱ |
| **محل سکونت** | | | | | | |
| - شهر | ۶۹/۷ | ۹۲ | ۶۱/۹ | ۷۰ | ۶۶/۱ | ۱۶۲ |
| - روستا | ۳۰/۳ | ۴۰ | ۳۸/۱ | ۴۳ | ۳۳/۹ | ۸۳ |

***- اختلاف بین گروه‌ها معنی‌دار نبوده است.***

اطلاعات موجود در جدول ۱ نشان می‌دهد که دو گروه مادران تحت بررسی بر اساس متغیرها مهم طبقه اجتماعی، محل سکونت، سطح تحصیلات و شغل به‌خوبی با یکدیگر همسان شده‌اند. این نتایج نشان می‌دهد که به‌طور مثال تنها کمتر از یک درصد مادران در هر گروه از سطح تحصیلات بی‌سواد برخوردار بوده‌اند و به‌طورکلی ۹۳٪ مادران تحت بررسی در دو گروه دارای سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر بوده‌اند.

نتایج این مطالعه در رابطه با مقایسه میزان دینداری در بین دو گروه مادران با زایمان طبیعی و با زایمان سزارین انتخابی در جدول ۲ آمده است. همان‌طور که اطلاعات جدول نشان می‌دهد، هر دو گروه مادران تحت بررسی از میزان دینداری مطلوبی برخوردار هستند و نمره‌های آنها نسبت به حداکثر نمره ممکن از سطح مطلوبی برخوردار است.

***جدول ۲- توزیع افراد تحت بررسی در دو گروه بیمار و سالم بر اساس نمره کسب‌شده از پرسشنامه نگرش دینی***

| شماره | سؤالات | میزان نمره | | مقدار p |
|---|---|---|---|---|
| | | زایمان طبیعی<br>انحراف معیار ±میانگین | سزارین<br>انحراف معیار ±میانگین | |
| ۱ | اگر افرادی که در رأس کارهای مهم قرار دارند معتقد به اصول دینی باشند، بسیاری از مشکلات اجتماعی حل خواهد شد. | ۱/۶۲±۰/۶۷ | ۱/۸۴±۰/۷۷ | * <۰/۰۵ |
| ۲ | پیروی از قوانین دینی کلید خوشبختی است. | ۱/۱۶±۰/۴۸ | ۱/۱۶±۰/۵۹ | ۰/۹۹۲ |
| ۳ | سعادت آدمی فقط از طریق پیشرفت علم فراهم می‌گردد و دین مانع پیشرفت علم است. | ۴/۸۳±۰/۷۲ | ۴/۸۲۳±۰/۷ | ۰/۹۳۲ |
| ۴ | سرنوشت آدمی به دست خداوند تعیین می‌گردد و کوشش و تلاش، به‌کلی بی‌فایده است. | ۴/۷۲±۰/۹۳ | ۴/۶۸±۱/۰ | ۰/۷۵۵ |
| ۵ | خوشبختی معنوی به خوشبختی مادی بستگی دارد و وقتی فرد از نظر مادی موفق می‌شود، سعادت او تکمیل است. | ۳/۰۷±۱/۳۵ | ۲/۸۶±۱/۲۹ | ۰/۱۹۹ |
| ۶ | سستی ایمان و اعتقادات دینی، سرچشمه فساد اخلاقی است. | ۱/۴۴±۰/۹۳ | ۱/۲۱±۰/۵۸ | * <۰/۰۵ |
| ۷ | دین حقایق زندگی را بیان می‌کند و بهترین راهنمای فرد در زندگی است. | ۱/۱۴±۰/۳۹ | ۱/۱۷۱±۰/۵۷ | ۰/۶۱۲ |
| ۸ | استفاده از سرگرمی‌هایی مانند سینما و تئاتر و غیره، تضادی با اعتقادات ندارد. | ۲/۵۵±۱/۱ | ۲/۶۳±۰/۹۷ | ۰/۵۵۱ |
| ۹ | خداوند وجود ندارد و ساخته‌وپرداخته فکر بشر است. | ۴/۹۱±۰/۶۱ | ۴/۹۶±۰/۳ | ۰/۳۵۴ |
| ۱۰ | جن و پری موجودات خیالی هستند و دلیلی ندارد که در ضمن معتقد بودن به خداوند، به آنها هم معتقد باشیم. | ۴/۲۴±۱/۰۵ | ۴/۳۴±۰/۹۲ | ۰/۴۱۱ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ۱۱ | همه‌چیز در این دنیا پاداش داده می‌شود و دنیای دیگری وجود ندارد. | ۴/۹۲±۰/۴۴ | ۴/۸۸±۰/۵۶ | ۰/۵۷۱ |
| ۱۲ | لزومی ندارد که در ضمن اعتقاد به خداوند، به زندگی پس از مرگ هم معتقد باشیم. | ۴/۹۳±۰/۴۵ | ۴/۸۷±۰/۶ | ۰/۴۳۳ |
| ۱۳ | داستان‌هایی که در کتب دینی آمده‌اند، دور از ذهن هستند و با عقل قابل‌قبول نیستند. | ۴/۸۹±۰/۵۴ | ۴/۸۹±۰/۵۳ | ۰/۹۸۷ |
| ۱۴ | علاوه بر رفاه مادی، وجود اعتقادات دینی برای سعادت انسان لازم است. | ۱/۳۱±۰/۵۶ | ۱/۴۱±۰/۷۱ | ۰/۲۱۲ |
| ۱۵ | انسان در تعیین سرنوشت خود کاملاً آزاد است و خداوند در تعیین آن دخالتی ندارد. | ۴/۸۱±۰/۷۲ | ۴/۸۴±۰/۶۸ | ۰/۷۸۱ |
| ۱۶ | اعتقاد به اصول و قوانین دینی لازم است، ولی باید آنها را با محیط اجتماعی تطبیق داد. | ۲/۲±۰/۸۸ | ۲/۱۹±۰/۹ | ۰/۸ |
| ۱۷ | با توجه به این نکته که با وجود پیشرفت روزافزون علم و دانش، هنوز بشر قادر نیست حتی یک سلول زنده را به وجود آورد، باید به وجود یک خالق و خداوند معتقد بود. | ۱/۲۴±۰/۷ | ۱/۱۶±۰/۶۶ | ۰/۳۷۱ |
| ۱۸ | مبانی اساسی دین، در هر عصری صادق است ولی جزئیات اعمال و وظایف دینی باید با شرایط عصر تغییر کند. | ۲/۶۶±۱/۱ | ۲/۵۲۲±۰/۹۷ | ۰/۲۷۵ |
| ۱۹ | دین یک امر فردی است و ارتباطی با مسائل اجتماعی ندارد. | ۴/۵۴±۱/۰۵ | ۴/۷۱±۰/۸۹ | ۰/۱۷۵ |
| ۲۰ | من به خداوند ایمان دارم ولی فکر می‌کنم که بهشت دوزخی وجود ندارد. | ۴/۹۶±۰/۲۹ | ۴/۹۶±۰/۲۳ | ۰/۹۲۹ |
| ۲۱ | تعلیمات دینی باید در مدارس و دانشگاه‌ها اجباری شود. | ۳/۱۵±۱/۴۲ | ۳/۵۸±۱/۲۹ | * <۰/۰۵ |
| ۲۲ | اگر فرد پشتکار داشته باشد و از هوش کافی برخوردار باشد، بدون اعتقاد به دین هم خوشبخت خواهد شد. | ۴/۸۱±۰/۷۱ | ۴/۸۴±۰/۶۹ | ۰/۷۷۹ |
| ۲۳ | برای دفاع از اعتقادات دینی باید همه‌چیز، حتی جان خود را فدا کرد. | ۲/۲۶±۲/۰ | ۲/۲۴±۰/۸۹ | ۰/۹۱۶ |
| ۲۴ | در حوادث زندگی همه‌چیز طبق اصول علمی اتفاق می‌افتد که علت بعضی از آنها معلوم و علت بعضی دیگر با پیشرفت علم معلوم خواهد شد. | ۳/۶۴±۱/۰۴ | ۳/۸۲±۰/۶۶ | ۰/۲۳۹ |
| ۲۵ | بعضی از قوانین دینی قابل‌اجرا در اجتماع نیستند. | ۳/۵۶±۰/۹۸ | ۳/۴۴±۱/۳۴ | ۰/۲۴۱ |
| | جمع | ۳/۰۶±۰/۲۵ | ۳/۱±۰/۲۲ | ۰/۵۶۸ |

*- موارد وجود اختلاف معنی‌دار در سطح ۰/۰۵.*

همان‌طور که در جدول ۲ آمده است، از مجموع ۲۵ آیتم و سؤالی که در پرسشنامه نگرش دینی مورداستفاده در این مطالعه وجود داشت، تنها در سه مورد اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت ($p<0/05$). در مورد بقیه سؤالات موجود، هیچ‌گونه اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمره کسب‌شده توسط گروه مادران با زایمان طبیعی و میانگین کسب‌شده توسط گروه مادران با سزارین انتخابی مشاهده نشد.

البته لازم به توجه است که همان‌طور که از نمره‌های گزارش‌شده در جدول ۲ مشخص است، میانگین نمره کسب‌شده توسط تمامی مادران در هر دو گروه از اندازه و میزان مطلوب و بالایی برخوردار است.

## بحث

نتایج مطالعه ما در رابطه با مقایسه پاره‌ای از متغیرهای مهم تأثیرگذار در دو گروه مادران با زایمان طبیعی و مادران با سزارین انتخابی نشان داد که تأثیر این عوامل بر روی ارتباط علیتی تحت‌بررسی در مطالعه حاضر (موجود در جدول ۱)، به‌خوبی کنترل گشته است. به‌عبارت‌دیگر، نتایج نشان داد که افراد موردمطالعه در دو گروه با زایمان طبیعی و زایمان انتخابی سزارین، به نحو مطلوبی از نظر پاره‌ای از متغیرهای دموگرافیک مؤثر بر نوع زایمان مادران باردار، همسان شده بودند. هیچ اختلاف معنی‌دار آماری در بین دو گروه مادران با زایمان طبیعی و مادران با سزارین انتخابی بر اساس عوامل سن، طبقه اجتماعی، وضعیت تحصیلی، جنس نوزاد، وزن هنگام تولد نوزاد، شغل و محل زندگی (شهر و روستا) وجود نداشته است. این نتایج نشان‌دهنده انتخاب مناسب افراد تحت بررسی در دو گروه مورد و شاهد است.

هرچند تعداد بسیار زیادی از متغیرهای دموگرافیک وجود دارند که به‌راحتی ممکن است تصمیم مادران باردار را در انتخاب نوع زایمان خود تحت تأثیر خود قرار دهند و در مطالعه حاضر در این دو گروه مورد ارزیابی و مقایسه قرار نگرفته‌اند. اگرچه این متغیرها در صورت عدم همسان بودن در دو گروه تحت بررسی می‌توانند نتایج حاصل را مخدوش نمایند، اما بخش زیادی از مهم‌ترین این متغیرها در مطالعه حاضر مورد توجه قرار گرفته و گروه‌های مورد مطالعه از نظر این عوامل همسان شده‌اند. به‌هرحال، می‌توان پذیرفت که تأثیر تعداد قابل‌ملاحظه‌ای از این متغیرها که نقش و اهمیت زیادی در رابطه با تأثیر بر انتخاب نوع زایمان مادران باردار دارند، در مطالعه حاضر مورد توجه و کنترل واقع شده است.

اگرچه مطالعه مورد-شاهدی دیگری که ارتباط بین میزان دینداری مادران را با انتخاب نوع زایمان آن‌ها بررسی کرده باشد، وجود نداشت اما مطالعات گوناگونی به‌منظور بررسی دلایل انتخاب زایمان با روش سزارین انجام شده است [۱۶-۱۴]. البته صرف‌نظر از اینکه بررسی روابط علیتی بین عوامل گوناگون عمدتاً بهتر است با استفاده از مطالعات تحلیلی مانند مطالعات مورد-شاهدی انجام شود، در بررسی‌های قبلی غالباً ترس از زایمان طبیعی به‌عنوان یک عامل مهم تأثیرگذار گزارش شده است. ترس یک وضعیت احساسی است که مادران به دلیل پیش‌فرض خود از عواملی مانند درد ناشی از زایمان و این‌که توانایی کافی برای تحمل آن نداشته باشند، تجربه می‌کنند.

همان‌طور که در بالا اشاره شد، مطالعه مورد-شاهدی حاضر تنها در سه مورد و سؤال، از مجموع ۲۵ مورد،

اختلاف معنی‌داری را بین میزان دینداری مادران با زایمان طبیعی و مادران با زایمان انتخابی سزارین نشان داد. اگرچه در برداشت نخست شاید به نظر برسد که این نتایج مطلب مهمی را ارائه نمی‌نماید، اما با اندکی تأمل بر روی این نتایج می‌توان به نکات بسیار مهم و کلیدی دست یافت. نکته اول اینکه نتایج نشان می‌دهد که هر دو گروه مادران تحت بررسی از میزان دینداری خوب و مطلوبی برخوردار بوده‌اند که شاید چندان به نظر عجیب نباشد که مادران حاضر در یک جامعه اسلامی از این سطح دینداری برخوردار باشند. نکته دوم این است که اختلاف قابل‌ملاحظه‌ای از نظر میزان دینداری بین دو گروه مادران با زایمان طبیعی و مادران با سزارین انتخابی وجود ندارد. از این نکته می‌توان هم برداشت مثبت داشت که نشان‌دهنده بالا بودن نسبی تمامی مادران حاضر از نظر اعتقادات دینی بوده است و هم برداشت منفی داشت، به این معنی که چرا علی‌رغم وجود اعتقادات دینی، پاره‌ای از آنها دست به سزارین انتخابی می‌زنند.

نکته سوم و مهم‌تر این است که نتایج مطالعه حاضر به ما نشان داد که متخصصان بهداشت و سلامت در جامعه خود با مادرانی سروکار دارند که از نظر دینی خود را مجاز به انجام سزارین انتخابی می‌بینند. نویسندگان این مقاله سعی ندارند که نظراتی فقهی -که متخصص آن نیستند- ارائه نمایند، ولی ما، به‌عنوان کارشناس حوزه سلامت، باید از خود بپرسیم که چرا با وجود اطلاع از خطرات زیادی که انجام سزارین می‌تواند برای مادر و نوزاد او داشته باشد [۱۲] و پایبندی مادران جامعه به عقاید دینی خود و باور به اینکه که اعتقادات اسلامی آنان جز در جهت سلامت و عاقبت‌به‌خیری دنیوی و اخروی آنها نیست، این مادران از دستورات دینی خود در این زمینه الهام نمی‌گیرند. به‌عبارت‌دیگر، شاید به دلیل عدم آگاهی کافی از دیدگاه دین و ایدئولوژی درباره استفاده از روش انتخابی سزارین در شرایطی که هیچ دلیل منطقی پزشکی برای انجام آن وجود ندارد، مادران باردار جامعه اسلامی ما به آن اقدام می‌نمایند.

از محدودیت‌های این مطالعه عدم شرکت تعدادی از افراد دعوت‌شده به مطالعه بود. از طرفی با توجه به ابزار مورداستفاده که به شکل استاندارد نگرش دینی را می‌سنجد. البته با توجه به نتایج و تجربه ما از انجام مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد که طراحی و اجرای مطالعات بیشتر با توجه به سایر متغیرهای تأثیرگذار، می‌تواند نتایج دقیق‌تری را در اختیار قرار دهد. یکی از این مطالعات، برای نمونه، می‌تواند مطالعه‌ای طولی و کوهورت به‌صورتی باشد که مادران را در دو گروه آموزش‌دیده با دستورات و فرامین مرتبط اسلامی و گروه شاهد مورد پیگیری و مقایسه قرار دهد.

## نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد از امکانی که برای استفاده از فرامین و دستورات دین مبین اسلام در آموزش به مادران و در رابطه با بارداری و زایمان آنها وجود دارد، به‌قدر کافی و شایسته بهره‌برداری نشده است. وجود اعتقادات ریشه‌دار مذهبی اسلامی در بین مادران جامعهٔ ما، زمینه پیروی از روش‌هایی که سلامت آنها را به‌دنبال خواهد داشت، در مقایسه با جوامعی که این پتانسیل را ندارند، بیشتر فراهم می‌سازد. در این رابطه، تنها چیزی که مورد نیاز بوده و باید انجام شود، استفاده از آموزش‌های دینی و جهت دادن این آموزش‌ها در مسیر ایجاد رفتارهای صحیح بهداشتی

است. برای مثال، می‌توان ترس ناشی از زایمان طبیعی که به‌عنوان یک عامل مهم اجتناب از زایمان طبیعی شناخته‌شده است، را به‌خوبی برطرف نمود. به نظر می‌رسد که تا به امروز از این پتانسیل ارزشمند در جهت ایجاد رفتارهای بهداشتی و درمانی سالم‌تر، از جمله در انجام زایمان به روش سالم‌تر، بهره‌برداری کافی نشده است.

**تشکر و قدردانی**

بدین‌وسیله از تمامی همکارانی که در انجام مطالعه حاضر یاریگر محققین بوده‌اند، به‌ویژه مادران باردار و سایر شرکت‌کنندگان در مطالعه، نهایت تشکر به عمل می‌آید. همچنین از دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و مرکز تحقیقات مؤلفه‌های اجتماعی سلامت دانشگاه، به‌واسطه حمایت مالی از این طرح، تشکر به عمل می‌آید.

## References

[1] Sadeghi H, Voice of Quran and health: A review of performed studies in Iran. *Quarterly of Quran & Medicine* 2011; 1(1): 33-7.

[2] Kamaladdini S. Health and medicine in Shahnameh of Ferdowsi. *The Journal of Medical Education and Development* 2014; 9 (2): 49-55. [Farsi]

[3] Shariat M, Majlesi F. Ceasarean section in maternity hospitals in Tehran, Iran. *Payesh, J Iran Inst Health Sci Res* 2002; 1(3): 5-10. [Farsi]

[4] Matias JP, Parpinelli MA, Cecatti JG. Factors associated with mode of delivery among primipara women with one previous cesarean section and undergoing a trial of labor. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(2): 109-15.

[5] Cunningham FG. Cesarean section and postpartum hysterectomy. in: Cunningham FG, Norman FG, Larry CG. Williams text book of obstetrics: Appleton lang Asimond Schusler Company. New York: USA. 2001; 537-64.

[6] Lukanova M, Popov I. Effect of some factors on obstetrical care of women with previous cesarean section. *Akush Ginekol (Sofiia).* 2002; 41(6): 44-8.

[7] Azizi F, Ceasarian; incredible increase. *Pazhoohesh Dar Pezeshki* 2007; 31(3): 191-3. [Farsi]

[8] Wirakusmah FF, editor. Maternal and prenatal mortality morbidity associated with cesarean section in Indonesia. *J Obs Gyn* 1995; 21(5): 475-81.

[9] Ofili-Yebovi D, Ben-Nagi J, Sawyer E, Yazbek J, Lee C, Gonzalez J, et al. Deficient lower-segment Cesarean section scars: prevalence and risk factors. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31(1): 72-7.

[10] Belzian JM, Althable F. Rates and implications of cesarean sections in Latin America Ecological study. *BrMed J* 1999; 31(9): 1397-1400.

[11]Hannah ME. Planned elective cesarean section: a responsible choice for some women? *CMAJ* 2004; 170(5): 813-19.

[12] Zahed pasha Y, Zynalzadeh M, Taheri T, Baleghi M. The type of delivery and the risk of neonatal respiratory disease. *Babol University of medical Sceinces Journal*, 2009; 10(4):30-36. [Farsi]

[13] Hajian K. The trend of cesarean section in public and private centers of 1994-99. *J Shaheed Beheshti Univ Med Sci Health Serv* 2002; 26(3): 175-9. [Farsi]

[14] Negahban T, Ansari A, Does the fear of delivery can predict emergency ceasarian aong fist-tie others? *Nursing and Midwifery Journal of Tehran University of Medical Sceinces (Hayat).* 2009; 14(3): 73-81. [Farsi]

[15] Ivanaki FJ, Khakbazan Z, Babaee G, Seyednoori T. Factors affecting elective caesarian among pregnant mothers referring to health centers in Rasht, Iran. *Nursing and Midwifery Journal of Tehran University of Medical Sciences (Hayat)* 2005; 10(22): 51-60. [Farsi]

[16] Valizadeh L, Bayrami R. The experience of first-time mothers of the pain of giving birth; a qualitative research. *Nursing and Midwifery Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2009; 25(15): 25-34. [Farsi]

[17] Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Kalantari M, Molavi H, Asadollahi GhA. Factor structure, reliability and validity of Religious Attitude Scale. *Journal of Fundamentals of Mental Health* summer 2008; 10(38): 107-16. [Farsi]

# The Effect of the Level of Religious Regulations Compliance Among Pregnant Mothers on Their Decision about the Type of Delivery in an Iranian community: A Case-Control Study

**R.Vazirinejad[1], M. Kazemi[2], F. Kazemi[3], T. Azhdari[۴], N. Gomnami[5]**

**Received:19/12/2015 Sent for Revision:17/01/2016 Received Revised Manuscript:05/07/2016 Accepted:12/07/2016**

**Background and Objectives:** Further to medical reasons, some non-medical causes also encourage pregnant women to choose elective caesarian including the fear of the pain of natural delivery. In this study, the effect of the level of religious regulation compliance among pregnant women on their decision about the type of delivery in an Iranian community was measured.

**Material and Methods:** In this case-control study, two groups of mothers with elective caesarian (n=113) and with natural vaginal delivery (n=132) were matched based on some variables. Written consent form was taken. Data collection tool included a standard and validated questionnaire. Data were recorded on the instrument by a trained expert via interview sessions. T-test and chi-squre test were used to analyze the data.

**Results:** There was no significant difference between the two groups of mothers based on the matched variables ($p>0.05$). Both groups showed an acceptable level of religious regulations compliance and obtained high scores from the questionnaire. Of the 25 items of the questionnaire, there was only a significant difference between the scores of three questions in the two groups of mothers ($p<0.05$). For the rest of tht items, no significant difference was observed between the scores of the two groups of mothers.

**Conclusion:** Fortunately, both groups of mothers obtained high scores for their religious regulation compliance. It seems that regarding the importance of these high scores in a religious community, it is possible to reduce the high prevalence of the elective caesarian using Islamic regulations as well as Islamic advices.

**Key words:** Religious regulation compliance, Caesarian, Natural delivery, Case-control

**Funding:** This research is funded by Rafsanjan University of Medical Sciences.

**Conflict of interest:** None declared.

**Ethical approval:** This research is approved by the Ethics Committee of Rafsanjan University of Medical Sciences.

**How to cite this article:** Vazirinejad R, Kazemi M, Kazemi F, Azhdari T, Gomnami N. The Effect of the Level of Religious Regulations Compliance among Pregnant Mothers on their Decision about the Type of Delivery in an Iranian Community: A Case-control study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2016; 15(6): 503-14. [Farsi]

*۱- Prof., Social Medicine Dept., Medical School, Social Determinants of Health Research Centre, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran*

*۲- Assistant Prof., Dept. of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran*

*(Corresponding Author): Tel: (034) 34255900, Fax: (034) 34255209, E-Mail: maj_kaz @yahoo.com3-*

*۳- Vaccination Expert, Nik-nafs Educational Hospital, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran*

*4- BSc in Nursing, Nik-nafs Educational Hospital, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran*

۱- *Assistant Prof., Health Dept., Islamic Azad University of Meshad, Meshad, Iran*