

تعیین‌کننده‌های مؤثر بر تمایل به سزارین (مطالعه موردی: زنان باردار شهر تهران)^۱

خلیل‌علی محمدزاده^{۲*}، پریش افراد^۳

چکیده

براساس شواهد آماری نرخ سزارین در ایران بسیار بالاست. پارامترهای گوناگون در تصمیم‌گیری زنان باردار درباره انتخاب روش زایمان تأثیر دارند. پژوهش حاضر با هدف شناسایی عوامل تأثیرگذار بر میزان تمایل به سزارین در زنان باردار و میزان همبستگی بین این عوامل به منظور کمک به کاهش تمایل به سزارین انجام شده است. این مطالعه به صورت مقطعی در بین زنان باردار ساکن شهر تهران و به روش انتخاب تصادفی و در دسترس انجام شد. در پرسش‌نامه محقق‌ساخته، پنج عامل تأثیرگذار در پیش‌بینی تمایل به سزارین شامل: عوامل روان‌شناختی، محیطی، اجتماعی-فرهنگی، شرایط و پیامدهای زایمان، بررسی شده و برای تأیید مؤلفه‌ها از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار آموس بهره گرفته شده است. در بین ۵ مؤلفه یادشده، «ترس از زایمان طبیعی» مربوط به عوامل روان‌شناختی و مؤلفه «تحت فشار قرار نگرستن سر نوزاد» و «عدم دررفتگی شانه یا وارد آمدن سایر آسیب‌های جسمی به نوزاد» در روش سزارین مربوط به پیامدهای زایمان، بیشترین تأثیر را داشته‌اند. همچنین، عوامل مربوط به «شرایط زایمان» و «پیامدهای زایمان» بیشترین همبستگی و کمترین همبستگی مربوط به عوامل «روان‌شناختی» و «اجتماعی-فرهنگی» را داشت. بنابراین، با ارتقای سطح آگاهی زنان باردار از مراحل بارداری و زایمان و استفاده از تکنیک‌های زایمان طبیعی با درد کمتر، می‌توان به بهبود شناخت زنان باردار از توانمندی‌های خود و غلبه آن‌ها بر ترس کمک کرد.

کلیدواژه‌ها

تمایل، زایمان، زنان باردار، سزارین.

۱. مقاله حاضر مستخرج از رساله کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان «طراحی مدل پیش‌بینی تمایل به سزارین در زنان باردار شهر تهران» است.
۲. استادیار رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، رئیس مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری اقتصاد سلامت
dr_khalil_amz@yahoo.com
۳. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال
Afradi2013@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۷/۱، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۲۴

مقدمه و بیان مسئله

عمل جراحی سزارین از جراحی‌های بزرگ محسوب می‌شود که با عوارض بسیار خطرناک و به‌ندرت کشنده همراه است [۱۱]. اگرچه زمانی سزارین یکی از پیروزی‌های بزرگ انسان محسوب می‌شد و تاکنون جان مادران و نوزادان بی‌شماری را نجات داده است، میزان آن از دهه ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ به شکل نگران‌کننده‌ای افزایش یافته است. متأسفانه کشورهای در حال توسعه، مانند کشور ما، در مرحله افزایش میزان عمل سزارین و مداخلات پزشکی غیرضروری قرار دارند [۴]. سازمان بهداشت جهانی^۱ در سال ۱۹۸۷ میزان قابل قبول برای سزارین را در کشورها اعلام کرده است.

انتخاب روش زایمان سزارین از سوی مادر باردار، بدون علت پزشکی یا زمانی که ختم بارداری به‌صورت عمل سزارین با پیش‌بینی قبلی در دوران مراقبت‌های پری‌ناتال انجام شده باشد، سزارین انتخابی محسوب می‌شود [۱۰؛ ۳۱]. امروزه، سزارین‌های بدون علت بالینی موجب افزایش محسوس در میزان سزارین شده است [۱۲؛ ۵۳]. آمارهای جهانی حاکی از آن است که میزان سزارین به‌رغم اینکه با پیامدهای مثبتی برای مادر و نوزاد همراه نیست، همچنان رو به افزایش است [۶۱]. با توجه به افزایش چشمگیر سزارین، متأسفانه میزان زایمان طبیعی رو به کاهش است. در کشورهای امریکای لاتین، مثل برزیل، میزان سزارین بسیار بالاست؛ به‌طوری‌که این میزان بین ۱۶/۸ تا ۴۰ درصد گزارش شده است [۴۵؛ ۵۷]. سزارین به‌منزله یک اپیدمی جهانی در نظر گرفته شده و نگرانی اصلی متخصصان سلامت و پژوهشگران است [۵۵]. افزایش مرگ‌ومیر در سزارین ۴ تا ۵ برابر زایمان طبیعی است و مرگ‌ومیر در زایمان طبیعی ۱/۲ و در سزارین انتخابی، که جزء سزارین‌های بدون علت بالینی است، ۵/۹ درصد است [۱؛ ۲۳؛ ۵۶]. سازمان بهداشت جهانی^۲ خواستار کاهش میزان سزارین تا ۱۵ درصد از کل زایمان‌ها جهت کاهش عوارض مرگ‌ومیر مادر و نوزاد تا سال ۲۰۱۰ شده است [۲۷؛ ۲۸؛ ۶۳]. در حال حاضر، کشور ایران با داشتن دومین میزان سزارین در جهان، بعد از کشور تایوان، و با نسبت ۵۴ درصد وضعیت نامطلوبی از این حیث دارد [۲۶] و در مرحله افزایش سزارین و مداخلات پزشکی غیرضروری قرار دارد [۴]. اگر وضعیت کشور ایران در سال‌های آینده به همین منوال ادامه یابد، زنان با حاملگی اول، که با درصد بالایی سزارین شده‌اند، به سزارین‌های تکراری در حاملگی‌های بعدی تبدیل خواهند شد [۲۲]. مطالعات حاکی از این است که پیامدهای ناشی از نوع زایمان سزارین یکی از علل کاهش میزان باروری در زنان است که این عامل می‌تواند عوارض اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی بسیاری برجای گذارد [۲۱]. همچنین انجام‌دادن سزارین با طولانی کردن فاصله زمانی حاملگی بعدی، افزایش احتمال نازایی

1. World Health Statistic
2. WHO

ثانویه و نیز انجام‌دادن سزارین در زایمان بعدی به‌اجبار (به‌موجب شرایط بیمارستانی در ایران) موجب تشدید روند کاهش نرخ باروری در کشور خواهد شد [۱۴].

کاهش باروری به‌کندی روند رشد جمعیت در کشور منجر خواهد شد. برنامه‌های طرح تحول سلامت، که یکی از اهداف کمی آن کاهش میزان سزارین به میزان ۱۰ درصد در کشور است، از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌همه مراکز بهداشتی و درمانی ابلاغ شده است [۲۶].

مطالعات گوناگون نشان داده که بار اقتصادی و مسائل فرهنگی و اجتماعی سزارین در جامعه بیش از زایمان طبیعی است [۱۹؛ ۲۹؛ ۳۴]. افزایش سزارین باعث اتلاف وقت و تحمیل هزینه‌های مختلف بر خانواده و جامعه خواهد شد [۱۱].

چارچوب نظری پژوهش

الف) تئوری نگرش: تغییرات ارزشی و نگرشی به‌وجودآمده در جامعه ایران، در طول چند دهه گذشته، تأثیر زیادی بر تصمیم‌ها و کنش‌های باروری افراد و خانواده‌ها، به‌ویژه زنان، گذاشته و کشور ایران تغییرات مختلف ارزشی و نگرشی در زمینه مسائل باروری، ازدواج و خانواده را تجربه کرده است. تغییر در رفتار و ایده‌آل‌های باروری زنان، علاوه بر تأثیر قاطعی که بر میزان رشد جمعیت دارد، بر ترکیب و ساختار جمعیت نیز تأثیر خواهد گذاشت [۱۵]. با توجه به تغییرات جمعیت‌شناختی دهه‌های گذشته و استمرار باروری زیر سطح جایگزینی، بازنگری در سیاست‌های جمعیتی کشور چند سالی است که در دستور کار سیاست‌گذاران و مدیران امور اجرایی و برنامه‌ریزی قرار گرفته است [۱۵].

مفهوم نگرش ابتدا در روان‌شناسی اجتماعی به‌معنای میل و انگیزه درونی برای انجام‌دادن یا ندادن رفتاری خاص مطرح شده و برای تبیین و پیش‌گویی رفتار به‌کار رفته است [۴۰]. گوردون آلپورت معتقد است: «نگرش هر فردی تعیین می‌کند که وی چه چیزی را ببیند، چه چیزی را بشنود و چه فکری بکند و چه کاری انجام دهد» [۶۰]. وی در تعریف مفهوم نگرش دو بعد شناختی و احساسی آن را مطرح می‌کند.

ایگلی و چایکن معتقدند: «نگرش، تمایلی روان‌شناختی است که از طریق ارزیابی میزان مطلوبیت یا عدم مطلوبیت یک پدیده خاص اظهار می‌شود». این ارزیابی به‌همه ابعاد پاسخ (عکس‌العمل) ارزیابی‌کننده، یعنی ابعاد شناختی، احساسی یا رفتاری، دلالت می‌کند [۴۰].

به نظر مایرز، عکس‌العمل شناختی افراد به اعتقادات، نظریات و ایده‌های آن‌ها به پدیده مورد نگرش مربوط می‌شوند. عکس‌العمل‌های مبتنی بر قصد و نیت افراد در واقع نشان‌دهنده تصمیم افراد برای انجام‌دادن یا ندادن رفتاری خاص بوده و تمایلات رفتاری افراد را درباره پدیده‌ای خاص نشان می‌دهد [۴۰].

به نظر فیش باین و آیزن، حلقهٔ ماقبل بروز رفتار «قصد و نیت» انجام‌دادن رفتار است. قصد و نیت خود تحت تأثیر دو متغیر دیگر است که عبارت‌اند از: نگرش به رفتار که متغیری فردی و شخصی است و طی آن رفتار از منظر خود فرد کنشگر ارزیابی می‌شود. متغیر دوم، هنجار ذهنی است که منعکس‌کنندهٔ نفوذ و فشار اجتماعی است که شخص برای انجام‌دادن کار یا رفتار احساس می‌کند [۷]. اما این تأثیر و تأثر بسته به محیط اجتماعی و شخصیت فرد متفاوت است [۲۰].

ب) تئوری اعتقاد بهداشتی: براساس این تئوری، یک فرد زمانی نسبت به پیام‌های پیشگیری از بیماری‌ها واکنش خوب و مناسب نشان می‌دهد که درک کند: ۱. در معرض خطر قرار دارد (سازهٔ حساسیت درک‌شده)، ۲. خطر تهدیدکننده بسیار جدی یا وخیم است (سازهٔ شدت درک‌شدهٔ مدل)، ۳. مزایای موجود در تصور شخص، از اینکه بعضی از کارهایی که برای پیشگیری از بیماری انجام می‌دهد تا چه حد مؤثر واقع می‌شوند؟ (سازهٔ مزایای درک‌شده)، ۴. موانع موجود در جهت انجام‌دادن رفتارهای بهداشتی قابل برطرف‌کردن‌اند (سازهٔ موانع درک‌شدهٔ مدل)، ۵. توانمندی لازم را برای اتخاذ رفتار دارد (سازهٔ خودکارآمدی مدل) و ۶. راهنمایی‌هایی به منظور سوق‌دادن فرد به سمت رفتار وجود دارد (سازهٔ راهنمایی برای عمل مدل). از آنجا که وقتی عادات اجتماعی ایجاد می‌شوند به تدریج حالت ماندگار پیدا می‌کنند، اصلاح آن‌ها مشکل می‌شود. مردم تصور می‌کنند در صورت انجام‌دادن سزارین، احتمال سلامتی جنین بیشتر است و اغلب از عوارض سزارین آگاهی ندارند. از طرف دیگر اینکه مشاهده می‌شود اغلب افراد متخصص و تحصیل‌کرده، به‌خصوص پزشکان، خود به روش سزارین زایمان می‌کنند که این موضوع می‌تواند به الگوسازی و یکی از علل افزایش آمار سزارین در جامعه منجر شود [۴].

ج) تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده: براساس این نظریه، وقوع یک رفتار ویژه را می‌توان از طریق قصد انجام‌دادن آن پیش‌بینی کرد. قصد انجام‌دادن رفتار نیز خود با سه عامل پیش‌بینی می‌شود. اینکه فرد ۱. دیدگاهی مثبت به نتیجهٔ رفتار داشته باشد (نگرش)، ۲. احساس کند برای انجام‌دادن رفتار تحت فشارهای اجتماعی است (هنجارهای انتزاعی) و ۳. احساس کند رفتار قابل اجراست و او قادر است آن را انجام دهد (کنترل رفتاری درک‌شده) [۸].

د) تئوری قصد رفتاری: براساس مطالعات انجام‌شده، یکی از بهترین مدل‌هایی که در ارتباط با نگرش و رفتارهای باروری می‌تواند استفاده شود، مدل قصد رفتاری است. این الگو بر مبنای یک تئوری روان‌شناختی، به نام تئوری عمل منطقی، پایه‌گذاری شده است. مفروضات این تئوری این است که اولاً افراد تصمیم‌هایشان را بر پایهٔ بررسی معقول و منطقی اطلاعات در دسترس اتخاذ می‌کنند و ثانیاً پیامد و نتایج عملکرد خود را قبل از اتخاذ تصمیم مورد توجه قرار می‌دهند. براساس این الگو، مهم‌ترین تعیین‌کنندهٔ رفتار فرد قصد رفتاری است. فیش باین و آیزن^۱ قصد را قضاوت احتمالی فرد از نوع رفتار مورد نظر بیان کرده‌اند. قصد فرد

برای انجام‌دادن یک رفتار، ترکیبی از نگرش نسبت به رفتار و هنجارهای انتزاعی است. نگرش نسبت به رفتار، شامل عقاید فرد و ارزیابی از نتایج رفتار است و هنجارهای انتزاعی نیز شامل اعتقادات هنجار، مانند اعتقادات شکل‌گرفته در فرد و خانواده و انگیزه برای اطاعت است [۱۶]. این تئوری اشاره به این دارد که عموماً رفتار به دنبال قصد اتفاق افتاده است و بدون قصد رفتاری اتفاق نخواهد افتاد. قصد یک فرد برای انجام‌دادن یک رفتار حاصل جمع فاکتورهای فردی (نگرش) و فاکتورهای اجتماعی (هنجارهای انتزاعی) است. هدف از هنجارهای انتزاعی در مطالعه حاضر، شناخت افراد مورد اعتبار و تأثیرگذار است که در قصد زنان باردار در انتخاب روش زایمان مؤثرند. بنابراین، اعتقادات هنجار و انگیزه برای اطاعت، به‌منزله دو عامل اصلی مؤثر بر هنجارهای انتزاعی بررسی می‌شوند. در این پژوهش، با توجه به اینکه در انتخاب نوع زایمان غیر از فاکتورهای فردی مانند آگاهی، ارزیابی از نتایج و نگرش، فاکتورهای اجتماعی مانند اعتقادات هنجار و فشارهای اجتماعی نیز مؤثر است، قصد مادر برای زایمان فاکتور مهمی است.

ه) **نظریه پزشکی‌شدن:** «پزشکی‌شدن»^۱ فرایندی را توصیف می‌کند که در آن مشکلات غیرپزشکی معمولاً به بهانه بیماری یا کسالت به‌منزله مشکلات پزشکی تعریف شده و نحوه رفتار با آن‌ها نیز نیازمند مداخلات پزشکی تلقی می‌شود. استراتژی‌هایی مانند ابهام‌افزایی و افسون‌زایی و نیز ترس‌آفرینی و تلاش برای استمرار و حفظ آنچه ترس و بیم از زایمان طبیعی نامیده می‌شود همچنان در زمره مهم‌ترین راهبردهای «برساخت پزشکی» یا «پزشکی‌سازی» فرزندآوری و زایمان و تجربه مادری در جامعه ایران است [۱۷]. هیتمن^۲ معتقد است که پزشکی‌شدن به شکل پیچیده و درعین‌حال ماهرانه‌ای فعالیت‌های انسانی را از قلمرو خصوصی و همچنین قلمرو اجتماعی خارج و آن‌ها را تحت کنترل و اختیارات نظام پزشکی و دیگر مؤسسات ذی‌نفع درآورده است. زندگی زنان بیش از زندگی مردان پزشکی می‌شود و طیف وسیعی از وقایع، تجربه‌ها و تحولات بیولوژیک، جسمانی و اجتماعی آن‌ها را دربر می‌گیرد [۱۷].

پزشکی‌شدن تجربه مادری و گسترده‌شدن قلمرو حرفه پزشکی به حوزه‌های مختلف و الصاق برجسب بیمار به رفتاری طبیعی و بیولوژیک و انجام‌دادن مداخلات غیرضرور، از دوره قبل زایمان تا بعد از آن و تعیین زمان زایمان، موجب کنترل بیشتر رفتارهای روزمره شده است.

و) **نظریه پزشکی تدافعی:** نظریه پزشکی تدافعی^۳ از عوامل تأثیرگذار در میزان سزارین است. شکایت از پزشکان به گشوده‌شدن باب جدیدی به نام «پزشکی تدافعی» برای دفاع از حقوق و دعاوی قضایی پزشکان منجر شده است. این مسئله می‌تواند رابطه پزشک-بیمار را هم تحت تأثیر قرار دهد و موجب کاهش تمایل پزشکان در پذیرش بیماران پرخطری شود که به مراقبت‌های ویژه نیاز دارند و نیز به کاهش مواردی منجر شود که ریسک آن بالاست. پزشکی

1. medicalization
2. Heitman
3. defensive medicine

تدافعی از تأثیرات قانون در تعهدات حرفه پزشکی و ترس از قانون برآمده است. در این شرایط، پزشک از ترس مسئولیت حرفه‌ای و تهدیدات قانونی، به انجام دادن تعداد زیادی رویه‌های پزشکی غیرضروری، همچون سزارین، مبادرت می‌کند. این حالت (مبادرت به سزارین از ترس قانون) به دنبال تشخیص و درمان‌های غلط پزشک بیشتر دیده می‌شود [۶]. در هر جامعه‌ای می‌توان میزان سزارین را بدون افزایش ریسک برای مادر و نوزاد پایین آورد. به عبارتی، در حیطه مامایی و زایمان، سزارین باید آخرین گزینه قلمداد شود.

ز) نظریه اخلاقی یا غیراخلاقی دانستن سزارین انتخابی: زایمان مفهومی درآمیخته با ادراکات فرهنگی شده است؛ بنابراین انتخاب مادران بدون بازگشایی این کلاف فرهنگی و بدون تفهیم فرایند سزارین از سوی متخصصان و مراقبان بهداشتی، می‌تواند امری غیراخلاقی باشد. مداخلات مراقبت از مادران و نوزادان باید مبتنی بر شواهد علمی و با رعایت کدهای اخلاقی—قانونی در بستر فرهنگی هر جامعه‌ای انجام شود. تمایل زن باردار به عدم مداخله از سایر ملاحظات مهم‌تر است، اما درخواست برای مداخله بحث‌برانگیز است. اتونومی^۱ پزشک و آموزش پزشکی، وی را ملزم می‌کند به بیمار آگاهی دهد و بهترین عمل را انتخاب کند. از دیدگاه اخلاقی، باید به اتونومی بیمار احترام گذاشته شود و انتخاب آگاهانه، محفوظ باشد [۲] براساس نظریه کمیته فدراسیون بین‌المللی زنان و مامایی درباره جنبه‌های اخلاقی باروری انسان، انجام دادن سزارین، بدون دلایل پزشکی، غیراخلاقی است [۱۲].

براساس مطالعات یادشده و نظریه‌ها و تئوری‌های تحقیق، شکل ۱ مدل مفهومی عوامل تأثیرگذار در تمایل به سزارین را در زنان باردار نشان می‌دهد.



شکل ۱. مدل مفهومی عوامل تأثیرگذار در تمایل به سزارین در زنان باردار

۱. اصل اتونومی عبارت است از اینکه پزشک درباره بیماری متخصص است و بیمار درباره خودش.

روش‌شناسی تحقیق

پژوهش حاضر با طرحی توصیفی از نوع مقطعی و حجم نمونه شامل ۲۰۰ زن باردار ساکن شهر تهران است که طی شش‌ماهه دوم سال ۱۳۹۳ باردار بودند. پاسخ‌گویان از مراجعان به بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، مطب‌های پزشکان متخصص زنان و زایمان و ماماها در تهران و به‌طور تصادفی انتخاب شدند.

فرضیات پژوهش

فرضیه اصلی

بین تعیین‌کننده‌های مؤثر و تمایل زنان باردار به سزارین، رابطه معناداری وجود دارد.

فرضیات فرعی

۱. بین عوامل روان‌شناختی و تمایل زنان باردار به سزارین رابطه معناداری وجود دارد؛
 ۲. بین عوامل محیطی و تمایل زنان باردار به سزارین رابطه معناداری وجود دارد؛
 ۳. بین عوامل اجتماعی- فرهنگی و تمایل زنان باردار به سزارین رابطه معناداری وجود دارد؛
 ۴. بین عوامل مربوط به شرایط زایمان و تمایل زنان باردار به سزارین رابطه معناداری وجود دارد؛
 ۵. بین عوامل پیامدی زایمان و تمایل زنان باردار به سزارین رابطه معناداری وجود دارد.
- پرسش‌نامه تحقیق براساس متغیرهای فرضیات یادشده تنظیم شد. برای تعیین اعتبار پرسش‌نامه از اعتبار محتوا و به منظور تعیین روایی محتوایی آزمون، که گویه‌های سنجش تا چه اندازه معرف محتوا و هدف‌های تحقیق‌اند، از نظر متخصصان و صاحب‌نظران استفاده شد. بنابراین، پرسش‌نامه تدوین‌یافته در اختیار تعدادی از استادان و متخصصان دارای تجربه تحقیقاتی و فعالیت مرتبط قرار گرفت تا دیدگاه‌های خود را ارائه کنند. اصلاحات، برای روایی مطلوب در پرسش‌نامه اعمال و پایایی پرسش‌نامه براساس ضریب آلفای کرونباخ ۰٫۸۰ درصد به‌دست آمده است. همچنین روایی آن را نیز استادان مربوط تأیید کردند. در ابتدا، به کلیه پاسخ‌گویان توضیحاتی درخصوص طرح پژوهشی ارائه می‌شد و سپس پرسش‌نامه با در نظر گرفتن رضایت مخاطب تکمیل می‌شد. بخش اول پرسش‌نامه شامل سؤالات توصیفی و جمعیت‌شناختی، (۲۶ سؤال) و بخش دوم نیز مربوط به علل تمایل به سزارین (۳۴ سؤال) می‌شد. در بخش سؤالات استنباطی، عوامل مؤثر بر تمایل به سزارین در ۵ بعد: عوامل روان‌شناختی، محیطی، اجتماعی- فرهنگی، شرایط زایمان و پیامدهای آن ارزیابی شد و براساس آن گویه‌هایی به شرح جدول ۱ به منظور سنجش پنج متغیر پژوهش طراحی شد.

جدول ۱. ابعاد و مؤلفه‌های تعیین‌کننده مؤثر بر تمایل به سزارین در زنان باردار

ردیف	متغیرهای پژوهش	شماره سؤالات در پرسش‌نامه	تعداد سؤالات (گویه‌ها)
۱	عوامل روان‌شناختی	۲۷ الی ۳۳	۷
<p>زایمان سزارین کلاً راحت‌تر و بی‌دردتر از زایمان طبیعی است. درد زایمان سزارین کمتر است. با زایمان طبیعی بیشتر دچار استرس و اضطراب می‌شوم. از درد زایمان طبیعی می‌ترسم. خاطرات تلخ زایمان طبیعی خودم و اطرافیانم، باعث تمایل من به روش سزارین است. بیشتر خانم‌هایی که با آن‌ها ارتباط دارم به روش سزارین زایمان کرده‌اند. مادرم تحصیل‌کرده دانشگاهی است و نظر ایشان این است که روش سزارین بهتر است.</p>			
۲	عوامل محیطی	۳۴ تا ۳۸	۵
<p>شرکت بیمه‌ای که تحت پوشش آن هستم، همه یا بیشتر هزینه زایمان سزارین را پرداخت می‌کند. پس روش سزارین را انتخاب کردم. با شرایط شغلی من سازگاری بیشتری دارد. در زمینه زایمان طبیعی آموزشی ندیده‌ام. برای همین ترجیح می‌دهم از سزارین استفاده کنم. به دلیل داشتن وضعیت مالی مناسب، ترجیح می‌دهم روش سزارین داشته باشم. به نظر من کیفیت خدمات ارائه‌شده در بیمارستان‌ها برای روش سزارین بهتر است.</p>			
۳	عوامل اجتماعی-فرهنگی	۳۹ تا ۴۸	۱۰
<p>۱. اغلب افراد تحصیل‌کرده به روش سزارین زایمان می‌کنند. ۲. اغلب پزشکان و پرسنل بیمارستان‌ها خودشان به روش سزارین زایمان می‌کنند. ۳. از نظر طبی، مشکلی برای زایمان طبیعی ندارم، ولی پزشکم توصیه کرده که بهتر است به روش سزارین زایمان کنم. ۴. امروزه زایمان به روش سزارین به نوعی مد شده و کلاس اجتماعی دارد. ۵. همسرم تمایل دارد من به روش سزارین زایمان کنم ۶. در روش سزارین، امکان پیش‌بینی یا حتی تعیین روز و زمان تولد نوزاد وجود دارد. ۷. به نظر من تبلیغات رسانه‌ها مانند فیلم‌های تلویزیون و ماهواره و مطالب اینترنت و روزنامه‌ها نقش مهمی در تمایل زنان باردار به زایمان سزارین دارند. ۸. تجملی و گران‌قیمت بودن سزارین باعث ارزشمندی آن شده است. ۹. معتقدم اغلب خانم‌های قشر ضعیف جامعه از زایمان طبیعی استفاده می‌کنند. ۱۰. سزارین در جامعه کلاس اجتماعی و ارزش بالاتری دارد.</p>			
۴	عوامل مربوط به شرایط زایمان	۴۹ تا ۵۳	۵
<p>۱. معتقدم پرسنل زایشگاه رفتار مناسبی با فردی که زایمان طبیعی می‌کند ندارند. ۲. تشخیص پزشک معالجم این بود که بنا به دلایل طبی نمی‌توانم زایمان طبیعی داشته باشم. ۳. طول مدت زایمان در روش سزارین کوتاه‌تر است. ۴. در کل، زایمان به روشی که پزشکان و تجهیزات پزشکی بیشتر و پیشرفته‌تری به‌کار گرفته شوند بهتر است. ۵. تحمل درد زایمان طبیعی به‌تنهایی (بدون حضور همسر، مادرم یا یک همراه) برایم دشوار است.</p>			

ادامه جدول ۱. ابعاد و مؤلفه‌های تعیین‌کننده مؤثر بر تمایل به سزارین در زنان باردار

ردیف	متغیرهای پژوهش	شماره سؤالات در پرسش‌نامه	تعداد سؤالات (گویه‌ها)
۵	عوامل مربوط به پیامدهای زایمان	۵۴ تا ۶۰	۷
۱.	در حاملگی قبلی روش زایمان سزارین داشتم و پزشکم گفت این بار نیز به روش سزارین باید زایمان کنم.		
۲.	در روش سزارین، اندام تناسلی دچار تغییر شکل و بدفرمی نخواهد شد.		
۳.	در روش سزارین، به علت عدم آسیب به اندام تناسلی، احتمال مشکل‌دار شدن عملکرد جنسی بعد زایمان پایین است.		
۴.	در روش سزارین، به بافت‌های لگنی (مثانه و رحم) آسیب کمتری وارد می‌شود.		
۵.	در روش سزارین، سر نوزاد تحت فشار قرار نخواهد گرفت.		
۶.	در روش سزارین، نوزاد دچار دررفتگی شانه یا سایر آسیب‌های جسمی نخواهد شد.		
۷.	در روش سزارین پارگی غیرکنترل‌شده و ناگهانی رحم و بافت لگنی کمتر اتفاق می‌افتد.		

درنهایت، از روش آزمون‌های آماری مدل‌سازی معادلات ساختاری SEM و نرم‌افزار آموس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد.

یافته‌های پژوهش

پژوهش حاضر بین ۲۰۰ خانم باردار در توالی سنین ۱۸ تا ۳۵ سال بوده است. حدود ۵۰/۷ درصد از زنان دیپلم و پایین‌تر، ۴۸ درصد لیسانس و بالاتر بودند. میزان درآمد خانواده در ۵۷/۶ درصد پاسخ‌گویان بالاتر از یک میلیون تومان است. جهت تحلیل یافته‌ها مشخص شد ۴۱/۵ درصد پاسخ‌گویان محل انجام‌دادن مراقبت‌های دوران بارداری خود را در مطب پزشک متخصص، ۱۰ درصد مطب ماما، ۱۰/۵ درصد درمانگاه، ۲۶/۹ درصد کلینیک بیمارستان و ۱۱ درصد مراکز بهداشت و درمان گزارش کردند و ۹۲/۲ درصد پاسخ‌گویان بیمه‌اند. حدود ۱۶/۶ درصد پاسخ‌گویان بیمارستان دولتی، ۳۷ درصد بیمارستان خصوصی و ۴ درصد پاسخ‌گویان مراکز درمانی خیریه را برای زایمان انتخاب کرده‌اند. حدود ۳۴/۷ درصد بین سنین ۲۰ تا ۲۵ سالگی ازدواج کرده‌اند. ۳۷/۹ درصد پاسخ‌گویان با سابقه زایمان، در زایمان قبلی به روش طبیعی و ۶۲/۱ درصد به روش سزارین زایمان کرده‌اند.

برای بررسی تأیید هر یک از مؤلفه‌های به‌دست‌آمده از پنج عامل (متغیرهای پژوهش) مؤثر بر میزان تمایل به سزارین در زنان باردار، از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) و نرم‌افزار آموس استفاده شد.

بررسی فرضیه اول: بین عوامل روان‌شناختی و تمایل زنان باردار به سزارین رابطه معناداری وجود دارد.

متغیرهای مربوط به عامل روان‌شناختی تأیید شدند. در بین این متغیرها، ترس از زایمان طبیعی و ارتباط با زنانی که تجربه سزارین داشته‌اند به ترتیب با وزن‌های رگرسیونی ۰/۸۷ و ۰/۱۷ بیشترین و کمترین تأثیر را بر تمایل به سزارین انتخابی داشته‌اند.

بررسی فرضیه دوم: بین عوامل محیطی و تمایل زنان باردار به سزارین رابطه معناداری وجود دارد.

متغیرهای مربوط به عوامل محیطی تأیید شدند. «وضعیت مالی مناسب» و «کیفیت بهتر خدمات ارائه شده برای سزارین در بیمارستان‌ها»، به ترتیب با وزن‌های رگرسیون ۰/۸ بیشترین و ۰/۴۲ کمترین تأثیر را بر تمایل به سزارین داشته‌اند.

بررسی فرضیه سوم: بین عوامل اجتماعی- فرهنگی و تمایل زنان باردار به سزارین رابطه معناداری وجود دارد.

متغیرهای مربوط به عوامل اجتماعی- فرهنگی تأیید شدند. دو مؤلفه تجملی بودن سزارین و بالا بودن ارزش و کلاس اجتماعی سزارین در جامعه و مؤلفه «توصیه پزشک به انجام دادن سزارین بدون دلیل طبی» به ترتیب با وزن‌های رگرسیون ۰/۷۰ و ۰/۷۰ بیشترین و ۰/۱۰۷ کمترین تأثیر را بر تمایل به سزارین داشته‌اند. همچنین، با افزایش سطح تحصیلات احتمال وقوع سزارین افزایش می‌یابد.

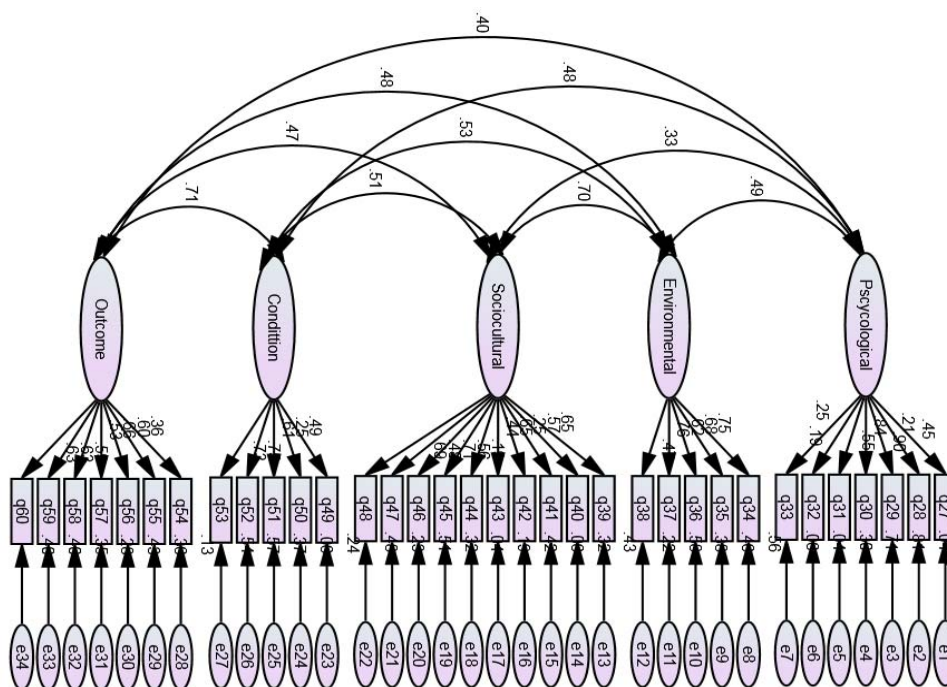
بررسی فرضیه چهارم: بین عوامل مربوط به شرایط زایمان و تمایل زنان باردار به سزارین رابطه معناداری وجود دارد.

متغیرهای مربوط به عوامل مربوط به شرایط زایمان تأیید شدند. مؤلفه «بهره‌مندی از پزشکان و تجهیزات بیشتر و پیشرفته‌تر پزشکی در سزارین» و متغیر «تشخیص پزشک برای استفاده از روش سزارین بنا به دلایل طبی» به ترتیب با وزن‌های رگرسیون ۰/۷۹ بیشترین و ۰/۲۹ کمترین تأثیر را بر تمایل به سزارین داشته‌اند.

بررسی فرضیه پنجم: بین عوامل مربوط به پیامدهای زایمان و تمایل زنان باردار به سزارین رابطه معناداری وجود دارد.

متغیرهای مربوط به پیامدهای زایمان تأیید شدند. مؤلفه «تحت فشار قرار نگرفتن سر نوزاد در روش سزارین» و «عدم دررفتگی شانه یا وارد آمدن سایر آسیب‌های جسمی به نوزاد در روش سزارین» و متغیر «انجام دادن عمل سزارین در زایمان قبلی» به ترتیب با وزن‌های رگرسیون ۰/۸۹ و ۰/۸۸ بیشترین و ۰/۱۸ کمترین تأثیر را بر تمایل به سزارین داشته‌اند.

براساس تحلیل متغیرها، مدل نهایی از بین ۵ متغیر: «عوامل محیطی» و «عوامل مربوط به شرایط زایمان» به ترتیب با وزن‌های رگرسیون ۰/۶۸ و ۰/۶۹ بیشترین و عوامل اجتماعی- فرهنگی با وزن رگرسیونی ۰/۴۴ کمترین تأثیر را بر تمایل به سزارین داشته‌اند. در نهایت مدل نهایی ذیل حاصل یافته‌های تحلیل به دست آمد.



شکل ۲. مدل نهایی پژوهش

در شکل ۲، مقدار P در مدل یک‌عاملی مرتبه اول معنادار است. یکی از شاخص‌های عمومی در محاسبه شاخص برازش، کای دو بهنجار است که از تقسیم مقدار کای اسکوتر بر درجه آزادی به دست می‌آید که مقادیر بین ۱ تا ۳ برای آن پذیرفتنی است و مقدار آن در اینجا ۲/۴۵ است. همچنین، مقدار شاخص ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده (RMSEA) برای مدل تدوین شده برابر با ۰/۰۶ است که از مقدار ۰/۰۸ پایین‌تر و حاکی از پذیرفته شدن مدل است. مقدار کمتر از ۰/۰۵ یک برازش خوب را نشان می‌دهد. همچنین، شاخص برازش تطبیقی (CFI) برابر با ۰/۹۱۰ و شاخص برازش افزایشی (IFI) برابر با ۰/۹۱۰ است که از مقدار ۰/۹ بیشتر است و نشان‌دهنده برازش بسیار خوب برای مدل است.

در مدل یادشده، میزان ارتباط متغیرهای پنهان با یکدیگر مشخص و نتایج در جدول ۲ آورده شده است. طبق اطلاعات جدول ۲، عوامل مربوط به «شرایط زایمان» و «پیامدهای زایمان» بیشترین همبستگی را (۰/۷۱) دارند. کمترین همبستگی نیز مربوط به عوامل «روان‌شناختی» و «اجتماعی- فرهنگی» (۰/۳۳) است.

جدول ۲. نتایج همبستگی بین متغیرهای پژوهش براساس مدل نهایی

متغیرها	پیامدهای زایمان	عوامل اجتماعی- فرهنگی	شرایط زایمان	عوامل محیطی	روان‌شناختی
پیامدهای زایمان	-	۰/۴۷	۰/۷۱	۰/۴۸	۰/۴۰
عوامل اجتماعی- فرهنگی	۰/۴۷	-	۰/۵۱	۰/۴۷	۰/۳۳
شرایط زایمان	۰/۷۱	۰/۵۱	-	۰/۵۳	۰/۴۸
عوامل محیطی	۰/۴۸	۰/۴۷	۰/۵۳	-	۰/۴۹
روان‌شناختی	۰/۴۰	۰/۳۳	۰/۴۸	۰/۴۹	-

بحث و نتیجه‌گیری

براساس تحلیل یافته‌های پژوهش، فرضیات یادشده تأیید شد. یافته‌های حاصل از این پژوهش در چارچوب تئوریک پژوهش قرار داشتند. به بیان دیگر، نظریه‌های پزشکی‌شدن، نگرش، اعتقاد بهداشتی، تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده و الگوی قصد رفتاری در تأیید فرضیات یادشده قرار گرفت. در یک نتیجه‌گیری کلی، ۴۹/۳ درصد پاسخ‌گویان به سزارین و مابقی به زایمان طبیعی تمایل داشته‌اند؛ درحالی‌که مطالعات پیشین حاکی از این بود که حدود دوسوم زنان به روش زایمان طبیعی و حدود یک‌سوم به سزارین تمایل دارند [۴۱؛ ۵۹]. در تأیید فرضیه اول تحقیق می‌توان به نتایج گروه زنان و زایمان جنوب غربی نیجریه [۴۶] اشاره کرد که ترس از درد زایمان طبیعی (۶۸/۹ درصد) و عواقب یا نتایج ناشی از آن را (۶۰/۱ درصد) ذکر کرده است. نتایج این مطالعه نیز نشان داد ۷۶/۵ درصد به دلیل استرس و اضطراب زایمان طبیعی از آن رویگردان‌اند و ۷۵/۸ درصد از زایمان طبیعی ترس دارند. این یافته با یافته‌های علی محمدزاده و همکاران (۱۳۹۲) همسوست [۱۳].

همان‌طور که در نظریه پزشکی‌شدن مطرح شد، استراتژی‌هایی مانند ابهام‌افزایی و افسون‌زایی و نیز ترس‌آفرینی و تلاش برای استمرار و حفظ آنچه ترس و بیم از زایمان طبیعی نامیده می‌شود همچنان در زمره مهم‌ترین راهبردهای «پزشکی‌سازی» فرزندآوری و زایمان و تجربه مادری در جامعه ایران است [۱۷]. همچنان که هیتمن معتقد است، زندگی زنان طیف وسیعی از وقایع، تجربیات و تحولات بیولوژیک، جسمانی و اجتماعی آن‌ها را دربرمی‌گیرد [۱۷]. البته این باور به نگرش زنان طبق نظریه نگرش نیز بستگی دارد، زیرا تعیین‌کننده شرایط تصمیم‌گیری فعلی اوست؛ به طوری که گوردون آلپورت معتقد است: «نگرش هر فردی تعیین می‌کند که وی چه چیزی را ببیند، چه چیزی را بشنود و چه فکری بکند و چه کاری انجام دهد» [۶۰]. همچنان که در نظریات مایرز، فیش باین و آیزن این مسئله تأیید شده است.

در تأیید یافته‌های فرضیه دوم، همان‌طور که مطالعات پیشین نشان داده، درخواست مادر به تنهایی یک عامل مهم برای افزایش نرخ سزارین نیست، بلکه این افزایش ممکن است ناشی از

بازتاب سیاست‌های مراقبتی حاکم در جامعه برای زنان باردار باشد [۲۹؛ ۳۳]. همان‌طور که هیتمن معتقد است، در کشور ما نیز پزشکی‌شدن به شکل پیچیده و ماهرانه‌ای فعالیت‌های انسانی را از قلمرو خصوصی و اجتماعی خارج کرده و آن‌ها را تحت کنترل و اختیار سازمان‌ها و مؤسسات ذی‌نفع درآورده است. سیاست‌های وزارتخانه، نظام پزشکی یا سیاست‌های مراقبتی حاکم بر جامعه در یک دوره خاص نیز می‌تواند، مطابق این نظریه، روند تصمیم‌گیری پزشکان و زنان باردار را درخصوص انتخاب روش زایمان تغییر دهد؛ مثلاً، در نتایج مطالعات کی‌وی^۱ زنان بارداری که در مطب‌های خصوصی پزشکان متخصص زنان تحت مراقبت‌های بارداری قرار گرفته‌اند، بیشترین تمایل به سزارین را داشته‌اند [۴۳]. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد ۳۶/۳ درصد پاسخ‌گویان با بیشترین آمار، محل انجام مراقبت‌های دوران بارداری خود را مطب پزشک متخصص زنان اعلام کرده‌اند.

همان‌طور که در نظریه نگرش بیان شد، تغییر در رفتار و ایده‌آل‌های باروری زنان، علاوه بر تأثیر قاطعی که بر میزان رشد جمعیت دارد، بر ترکیب و ساختار جمعیت نیز تأثیر خواهد گذاشت [۱۵]. می‌توان گفت سزارین با هزینه‌های بالا، بار اقتصادی و مسائل فرهنگی و اجتماعی بیشتری نسبت به زایمان طبیعی دارد [۱۹؛ ۲۹؛ ۳۶] و میزان سزارین در بیمارستان‌های خصوصی و در طبقه اجتماعی-اقتصادی بالا بیشتر است [۲۴]. در مطالعه حاضر نیز زنانی که درآمد خانواده آنان بالای یک و نیم میلیون تومان در ماه بود (۵۷/۶ درصد پاسخ‌گویان) به شیوه سزارین زایمان کرده‌اند.

در تأیید یافته‌های فرضیه‌های دوم، سوم و چهارم نیز مطالعات پیشین نشان داده است که سزارین‌های بدون علت بالینی موجب افزایش محسوس در میزان سزارین شده است [۱۰؛ ۴۸؛ ۴۹؛ ۵۴]. مطالعه پورکو در سال ۱۹۹۰ نشان داد تمایلات زنان باردار به سزارین نشئت‌گرفته از عواملی به غیر از علل بالینی، از قبیل فرهنگی، اجتماعی، روان‌شناختی و قومی است [۴۷]. مطالعه حاضر نیز حاکی از این است که ۸۱/۵ درصد پاسخ‌گویان علل بالینی^۲ برای سزارین نداشته‌اند.

هرچند گارول در امریکا در پژوهش خود شرایط بالینی را به همراه شرایط اجتماعی دارای بیشترین تأثیر تمایل به سزارین دانسته است [۳۸]، که از نظر شرایط بالینی با پژوهش حاضر تناقض دارد، مطالعات پوزنر و همکاران [۴۸] و همچنین مطالعه محمدی‌تبار نیز تنوعی از عوامل غیربالینی^۳ را در تعیین روش زایمان مؤثر می‌دانند که در راستای پژوهش حاضر قرار دارد [۴۱].

1. Kwee

۲. علل پزشکی که در صورت عدم انجام سزارین، جان مادر یا جنین به خطر خواهد افتاد.

۳. همان‌طور که در مطالب پیش‌گفته در متن مقاله اشاره شد، منظور از عوامل غیربالینی عواملی از قبیل: فرهنگی، اجتماعی، روان‌شناختی و... است.

در زمینه بررسی تأثیر شرایط اجتماعی در راستای تأیید فرضیه سوم، می‌توان به مطالعه چین یوان هسو (۲۰۰۷) در تایوان در تأکید بر تأثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی مانند «تعیین تاریخ ازدواج و تولد فرزند و بهبود سرنوشت شخص» بر تصمیم‌گیری زنان باردار برای انجام‌دادن عمل سزارین [۴۱] و مطالعه شاهوی و همکاران در خصوص سابقه تجربه ناخوشایند فرد و تجربه نامطلوب اطرافیان سابقه معاینه واژینال، بستری در بخش، دیدن فیلم زایمان و شنیدن داستان‌های ناگوار زایمان در انتخاب نوع زایمان اشاره کرد [۹]. مطالعه حاضر نیز نشان داد ۶۳ درصد امکان پیش‌بینی و تعیین روز و زمان تولد نوزاد را از علل تمایل به سزارین می‌دانند. این یافته در جهت تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده نیز قرار دارد. در این تئوری، فرد دیدگاه مثبتی به موضوع دارد و احساس می‌کند رفتار قابل اجراست و او قادر است آن را انجام دهد (کنترل رفتار درک‌شده).

مداخلات مراقبت از مادران و نوزادان باید مبتنی بر شواهد علمی و با رعایت کدهای اخلاقی- قانونی در بستر فرهنگی هر جامعه‌ای انجام شود. همان‌طور که براساس نظریه اخلاقی یا غیراخلاقی دانستن سزارین انتخابی، انتخاب مادران بدون تفهیم فرایند سزارین از سوی متخصصان و مراقبان بهداشتی می‌تواند امری غیراخلاقی باشد. در عین حال، در ایران گروهی از افراد انتخاب این روش را به‌منزله توجیهی برای مدرن‌بودن خویش می‌دانند [۳۰؛ ۶۲]. در نتایج این پژوهش نیز ۶۲/۵ درصد با مد بودن و کلاس اجتماعی بالای سزارین موافق‌اند. بنابراین، شهرنشینی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی در افزایش میزان سزارین نیز تأثیر دارند [۵؛ ۴۷]. نتایج مطالعه حاضر نشان داد ۴۳/۴ درصد پاسخ‌گویان سزارین را دارای ارزش بالاتری در جامعه می‌دانند. حدود ۴۱/۹ درصد به توصیه پزشک سزارین کرده‌اند. حدود ۴۷/۵ درصد معتقدند پرسنل زایشگاه رفتار مناسبی با فردی که زایمان طبیعی می‌کند ندارند و این موارد باعث نوعی ترس و اضطراب از زایمان طبیعی و تمایل به سزارین شده است. مطالعات ریپیلو در سال ۲۰۱۰، تحصیلات بالای زنان باردار را با گرایش به سزارین مرتبط می‌داند [۵۴]. همان‌طور که در یافته‌های فرضیه سوم، ۵۹/۷ درصد پاسخ‌گویان معتقد بودند افراد تحصیل‌کرده به روش سزارین زایمان می‌کنند.

در تأیید فرضیه پنجم، مربوط به پیامدهای زایمان می‌توان به این یافته‌ها اشاره کرد که «سزارین قبلی» نیز یکی دیگر از عوامل تمایل به سزارین بوده است. مطالعه انجام‌شده در چهار کشور جنوب شرقی آسیا [۳۵] نیز بیشترین علت گرایش به زایمان سزارین را مربوط به سزارین قبلی دانسته است. نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد ۶۱/۱ درصد زنان در زایمان قبلی خود به روش سزارین زایمان کرده‌اند. مطالعه حاضر نشان داد ۷ درصد زنان سابقه سقط و ۱۱/۹ درصد زنان سابقه نازایی داشتند و میزان تمایل به سزارین در آن‌ها بالاتر بوده است.

مطالعه رابسون^۱ (۲۰۰۸) [۳۲؛ ۳۴؛ ۴۹؛ ۵۲] به سابقه ناباروری و سقط جنین و فارنی و تورلونی نیز به نگرانی برای سلامت جنین در علل تمایل زنان نخست‌زا به سزارین اشاره می‌کنند [۵۲]. به عبارتی، سابقه سقط جنین و نازایی هم در انتخاب نوع زایمان زنان تأثیر دارد که می‌تواند به نگرش زنان در خصوص ارائه مراقبت‌های بهداشتی بهتر به مادر و نوزاد در روش سزارین مربوط باشد [۴۲]. این یافته‌ها با تئوری اعتقاد بهداشتی نیز همخوانی دارد، زیرا براساس عادات اجتماعی مردم تصور می‌کنند در صورت انجام‌دادن سزارین، احتمال سلامتی جنین بیشتر است و اغلب از عوارض سزارین آگاهی ندارند.

می‌توان گفت نگرانی و حساسیت مادران نسبت به سلامتی نوزاد به دلیل کاهش موالیید در خانواده‌ها و کاهش باروری در جامعه در مقایسه با گذشته بیشتر شده است. همان‌طور که علی‌محمدزاده در مطالعه خود (۱۳۹۳) نشان داد، سزارین در کاهش نرخ باروری کشور تأثیرگذار است و عوارض ناشی از آن، مانع تولد نوزادان بعدی می‌شود. همچنین به کاهش تعدد فرزندآوری نیز منجر می‌شود. در شرایط کنونی، الگوی کاهش باروری، کوچک شدن بعد خانوار، کم‌فرزند و حتی تک‌فرزندی تقریباً در بیشتر نقاط کشور فراگیر شده است. بنابراین نقش عوامل تأثیرگذار و رفع موانع موجود در این دوره در خصوص توجه به زایمان طبیعی ضروری به نظر می‌رسد [۱۴].

در زایمان طبیعی، مسئولیت مادر در به‌دنیا آوردن فرزند پررنگ‌تر است و مادر نقش مشارکتی در زایمان دارد. احساس عدم توانمندی در به دنیا آوردن جنین، ترس و نگرانی وی از اتفاقات ناگوار احتمالی برای نوزاد در حین زایمان طبیعی به دلیل عدم آگاهی از مراحل بارداری و زایمان یا عدم اعتماد به واحد زایشگاه و پرسنل آن باعث می‌شود مادران با انتخاب سزارین این مسئولیت را به پزشکان بیمارستان واگذار کنند. به همین دلیل، اغلب زنان تمایل دارند زایمانشان زیر نظر متبحرترین پزشک با پیشرفته‌ترین تجهیزات پزشکی انجام گیرد و همین موضوع گاه به‌طور وسواسی به‌صورت معضل اجتماعی درآمده و استفاده از سزارین به نوعی پرستیژ اجتماعی و در نتیجه تجمل‌گرایی تبدیل می‌شود. آگاهی زنان باردار از مراحل قبل و بعد از بارداری در پیشگیری از ترس زایمان طبیعی و کاهش سزارین، ضرورت صدور دستورالعمل‌هایی به پزشکان و ماماها از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را ایجاد می‌کند. همچنین، آگاه‌سازی زنان در خصوص زایمان طبیعی ایمن می‌تواند در تعدیل باورهای اجتماعی و تأثیرات روان‌شناختی آن‌ها مؤثر باشد.

نقش پزشک به‌عنوان فرد مؤثر و غالب در تصمیم‌گیری انتخاب روش زایمانی و نقش همسر به‌عنوان شریک زندگی، باید در ایجاد سیاست‌ها و دستورالعمل‌های پایدار در کشورهای در حال توسعه مورد توجه قرار گیرد [۴۶]. به نظر می‌رسد به‌ترتیب، «ترس از زایمان طبیعی» (متغیر

روان‌شناختی)، حفظ سلامت جسمی نوزاد در حین زایمان (متغیر پیامدهای زایمان)، «بهره‌مندی از پزشکان و تجهیزات بیشتر و پیشرفته‌تر پزشکی در سزارین» (متغیر شرایط زایمان) و «تجملی و کلاس اجتماعی بالای سزارین در جامعه» (متغیر اجتماعی- فرهنگی)، برای پاسخ‌گویان در علل تمایل به سزارین اولویت دارند. همچنین، زنان بارداری که وضعیت اقتصادی بهتری دارند، ترجیح می‌دهند از سزارین استفاده کنند. از نگاه دیگر، کدهای رفتاری و نگرشی هر جامعه در تمایل زنان باردار به سزارین مؤثر است. بنابراین، نحوه آموزش پزشکان و مراقبان بهداشتی در تصمیم‌گیری صحیح زنان باردار در خصوص انتخاب روش زایمان، در بستر فرهنگی هر جامعه تعیین می‌شود. توجه به آموزش زنان باردار و همسرانشان جهت کنترل و پیشگیری از ترس زایمان طبیعی مؤثر است. توسعه حرفه‌ای و باکیفیت ارائه مراقبت‌های مربوط به قبل و حین زایمان، باید به صورت جدی در سیاست‌های کلان مراقبت‌های دوران بارداری مدنظر قرار گیرد. با در نظر گرفتن وضعیت فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی خانم‌های باردار و خانواده آن‌ها و مشاوره در دوران بارداری می‌توان از افزایش میزان سزارین در کشور جلوگیری کرد.

منابع

- [۱] احمدنیا، س؛ دلاور، ب و همکاران (۱۳۸۵). «سزارین در جمهوری اسلامی ایران: شیوع و رابطه آن با برخی عوامل اجتماعی جمعیتی. سلامت شرق مدیترانه»، دوره ۱۵، ص ۱۳۸۹-۱۳۹۸.
- [۲] آباد، معصومه؛ مرقاتی خویی، عفت‌السادات (۱۳۸۸). «سزارین انتخابی، رویکردی است اخلاقی یا غیراخلاقی»، فصل‌نامه اخلاق پزشکی، س ۳، ش ۸.
- [۳] آذری، زهرا (۱۳۹۲). «بررسی اثر ارتباطات اقناعی بر انتخاب نوع زایمان در نگرش زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی مادر و کودک مناطق مرکزی شهر تهران»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.
- [۴] باقری، اعظم؛ مسعودی علوی، نگین؛ عباس‌زاده، فاطمه (۱۳۹۱). «تعیین عوامل مؤثر بر انتخاب نوع زایمان توسط زنان باردار در شهرستان کاشان»، دو ماهنامه فیض، خرداد و تیر، دوره ۱۶، ش ۲.
- [۵] بدخش، معصومه؛ علیزاده (۱۳۸۰) «بررسی فراوانی سزارین مراکز پزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران»، پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ص ۴.
- [۶] چنگیزی، نسرين؛ فراهانی، زهرا (۱۳۹۲). «روند سزارین در دنیا، بررسی افزایش میزان و علل»، زنان و مامایی ایران، دوره ۸، ش ۱.

- [۷] رفیع‌پور، فرامرز (۱۳۷۲). *جامعه روستایی و نیازهای آن: پژوهشی در ۳۲ روستای برگزیده استان یزد، تهران: شرکت سهامی انتشار.*
- [۸] زمانی علویجه، فرشته؛ شهری و همکاران (۱۳۹۰). «شناسایی عوامل مرتبط با انتخاب زایمان سزارین: مطالعه‌ای تئوری‌محور»، *دوماهنامه علمی-پژوهشی*، س ۱۹، ش ۹۶.
- [۹] شاهوی، روناک؛ رستمی، فاطمه و همکاران (۱۳۹۳). «تجربه زیسته مادران از انتخاب زایمان سزارین: یک مطالعه پدیدارشناسی»، *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، دوره ۱۷، ش ۱۰۴.
- [۱۰] شریعت، مامک (۱۳۸۰). «بررسی میزان سزارین و عوامل مؤثر بر آن در زایشگاه‌های شهر تهران»، پایان‌نامه MPH، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت.
- [۱۱] شریفی‌راد، غلامرضا؛ رضائیان، محسن و همکاران (۱۳۸۹). «بررسی تأثیر آموزش بهداشت به همسران زنان باردار در آگاهی، نگرش و کاهش سزارین‌های انتخابی»، *مجله تحقیقات نظام سلامت*، س ۶، ش اول.
- [۱۲] عباسی، محمود؛ محمدی، گوهر (۱۳۹۳). «بررسی میزان آگاهانه‌بودن تصمیم زنان باردار درباره نحوه انتخاب زایمان»، *فصل‌نامه اخلاق پزشکی*، بهار، دوره ۱۱، ش ۳، ص ۵۴-۵۹.
- [۱۳] علی‌محمدزاده، خلیل؛ محبی، سیده فاطمه؛ لباف، طاهره (۱۳۹۲). «مرور نظام‌مند سه دهه مقالات پژوهشی علل سزارین و راهبردهای مدیریت سلامت جمعیت»، *فصل‌نامه علمی پژوهشی شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده، مطالعات راهبردی زنان*، س ۱۶، ش ۶۱.
- [۱۴] علی‌محمدزاده، خلیل (۱۳۹۳). *سلامت باروری؛ چالش‌ها و راهبردهای مدیریتی*، تهران، شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده.
- [۱۵] عباسی شاوزی، م؛ عسکری ندوشان، آ (۱۳۸۴). «تحول‌گذار خانواده و باروری در ایران: مطالعه موردی در استان یزد»، *مجله علوم اجتماعی*، س ۱۱، ش ۳.
- [۱۶] فتحیان، زهره؛ شریفی‌راد، غلامرضا و همکاران (۱۳۸۶). «بررسی تأثیر آموزش بر آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی براساس مدل قصد رفتاری در شهرستان خمینی‌شهر در سال ۱۳۸۵»، *طیب شرق*، س ۹، ش ۲.
- [۱۷] قاضی طباطبایی، محمود و دادهبیر؛ ابوعلی و همکاران (۱۳۹۰). «فرزندآوری به‌مثابه یک مسئله اجتماعی- فرهنگی: تأملی ساخت‌گرایانه به عمل سزارین در شهر تبریز»، *پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران*، س اول، ش ۲.
- [۱۸] کرچ، دیوید و همکاران (۱۳۴۷). *فرد در اجتماع*، ترجمه محمود صناعتی، تهران: زوار.
- [۱۹] لشگری، محمدحسین؛ دلاوری، سیما و همکاران (۱۳۸۴). «تأثیر آموزش به خانم‌های باردار بر انتخاب نوع زایمان: یک کارآزمایی بالینی تصادفی یک سوکور»، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، س ۳، ش ۴.

- [۲۰] لهسایی‌زاده، عبدالعلی (۱۳۸۰). «عوامل مؤثر بر نگرش مردان نسبت به نقش زنان در جامعه»، *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، س ۱۶، ش ۲ (پیاپی ۳۲)، ص ۹۹-۱۳۰.
- [۲۱] محمدبیگی، ربابه؛ رحیمی، عزت‌الله (۱۳۸۳). «اثر سزارین بر کاهش باروری در زنان باردار شهر سنندج»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، س ۹، ش ۲.
- [۲۲] موید محسنی، سکینه؛ محمدی، خدیجه (۱۳۸۵). «پیش‌بینی روند افزایش میزان سزارین براساس برخی آمارهای موجود فعلی»، *دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد*، س ۴، ش ۶۶.
- [۲۳] مهارلوئی، نجمه و همکاران، سزارین در جنوب غربی ایران: روندها و عوامل در یک بررسی مبتنی بر جامعه. اصول و تمرین پزشکی، ۲۰۱۳، ۲۲ (۲)، ص ۱۸۴-۱۸۸.
- [۲۴] محمدپور اصل، اصغر؛ رستمی، فاطمه؛ ترابی، سیده شیوا (۱۳۸۵). «شیوع زایمان سزارین و عوامل دموگرافیک مرتبط با آن در شهر تبریز»، *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، دوره ۲۸، ش ۳، پاییز، ص ۱۰۱-۱۰۵.
- [۲۵] وحید دستجردی، م (۱۳۷۷). «بررسی اندیکاسیون‌ها و نتایج و عوارض عمل سزارین در بیمارستان آرش به مدت یک سال ۱۳۷۲-۱۳۷۳»، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ش اول، ص ۴۲-۴۵.
- [۲۶] هاشمی؛ حسن (۱۳۹۳)، طرح تحول نظام سلامت، برگرفته از سایت:
Available from: <http://tahavol.behdasht.gov.ir>, 1393/05/12.
- [27] Althabe, F. and J.M. Belizán, Caesarean section: the paradox. *The Lancet*, 2006. 368(9546): pp 1472-1473.
- [28] Betrán, A.P., et al., Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007. 21(2): pp 98-113.
- [29] Belizán, J.M., et al., Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study
Commentary: all women should have a choice
Commentary: increase in caesarean sections may reflect medical control not women's choice
Commentary: "health has become secondary to a sexually attractive body". *Bmj*, 1999. 319(7222): pp 1397-1402.
- [30] Bailit, J.L., et al., Maternal and neonatal outcomes by labor onset type and gestational age. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2010. 202(3): p. 245. e1-245. e12.
- [31] Cunningham, F.G., et al., *Williams obstetrics*. 22nd. New York: McGRAW Hill Medical Publishing Division, 2005. 987: p. 1007.
- [32] Chigbu, C., I. Ezeome, and G. Iloabachie, Cesarean section on request in a developing country. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2007. 96(1): pp 54-56.
- [33] Estrangeiros, e.F.S.d. Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo. 2010; Available from: <http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa%202012.pdf> [24/01/2014].

- [34] Flores, P.L., et al., [Risk factors in cesarean section]. *Ginecologia y obstetricia de Mexico*, 2008. 76(7): pp 392-397.
- [35] Festin, M.R., et al., Caesarean section in four South East Asian countries: reasons for, rates, associated care practices and health outcomes. *BMC pregnancy and childbirth*, 2009. 9(1): p 17.
- [36] Glazener, C., et al., Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1995. 102(4): pp 282-287.
- [37] Gamble, J., et al., A critique of the literature on women's request for cesarean section. *Birth*, 2007. 34(4): pp 331-340.
- [38] Gurol-Urganci, I., et al., A population-based cohort study of the effect of Caesarean section on subsequent fertility. *Human Reproduction*, 2014. 29(6): pp 1320-1326.
- [39] Hayes L. J., S. Quine & J. Bush.(1994)"Attitude Change amongst Nursing Students towards Australian Aborigines", *international journal of Nursing Studies*, 32 (1): pp 67-76
- [40] Hewston, Alan W. et al.(1996) *Attitude Control Subsystem for the Advanced Communications Technology*, Washington, D.C. :National Aeronautics and Space Administration. Myers. D.G.(1993)." An Attitude Gratitude", *The Banner(magazine)*, November.22: pp 14-15.
- [41] Hsu, C.-Y., et al., Cesarean births in Taiwan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2007. 96(1): pp 57-61.
- [42] Karlström, A., A. Nystedt, and I. Hildingsson, A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2011. 2 (3): pp 93-99.
- [43] Kwee, A., et al., Caesarean section on request: a survey in The Netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2004. 113 (2): pp 186-190.
- [44] Myers.D. G.(1993)."An Attitude of Gratitude". *The Banner(magazine)*, November, 22: pp 14-15.
- [45] Osis, M., et al., The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2001. 75: pp S59-S66.
- [46] Okonkwo, N.S., et al., Maternal demand for cesarean section: perception and willingness to request by Nigerian antenatal clients. *International journal of women's health*, 2012. 4: pp 141.
- [47] Porreco, R.P., Meeting the challenge of the rising cesarean birth rate. *Obstetrics & Gynecology*, 1990. 75 (1): pp 133-136.
- [48] Pevzner, L., et al., Women's attitudes regarding mode of delivery and cesarean delivery on maternal request. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2011. 24 (7): pp 894-899.
- [49] Pang, S.M., et al., Determinants of preference for elective caesarean section in Hong Kong Chinese pregnant women. *Hong Kong Medical Journal*, 2007. 13 (2): p 100.

- [50] Potter, J.E., et al., Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *Bmj*, 2001. 323 (7322): pp 1155-1158.
- [51] Roberts, C.L., S. Tracy, and B. Peat, Rates for obstetric intervention among private and public patients in Australia: population based descriptive study. *Bmj*, 2000. 321 (7254): pp 137-141.
- [52] Robson, S., et al., Elective caesarean delivery at maternal request: A preliminary study of motivations influencing women's decision-making. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2008. 48 (4): pp 415-420.
- [53] Río, I., et al., Caesarean section rates in immigrant and native women in Spain: the importance of geographical origin and type of hospital for delivery. *The European Journal of Public Health*, 2010. 20 (5): pp 524-529.
- [54] Rebelo, F., et al., High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 2010. 89 (7): pp 903-908.
- [55] Savage, W., The caesarean section epidemic. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000. 20 (3): pp 223.
- [56] Scott, J.R. and T. Porter, Caesarean delivery. *Danforth's Obstetrics and Gynecology*, 2008: pp 491-503.
- [57] Teixeira, C., et al., The Brazilian preference: cesarean delivery among immigrants in Portugal. *PloS one*, 2013. 8 (3): pp e60168.
- [58] Tang, C.H., et al., Delayed Parenthood and the Risk of Cesarean Delivery—Is Paternal Age an Independent Risk Factor? *Birth*, 2006. 33 (1): pp 18-26.
- [59] Torloni, M.R., et al., Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC pregnancy and childbirth*, 2013. 13 (1): pp 78.
- [60] Visser. P, S., & J.A. Krosnik(1998)."The Development of Attitude Strength over the Life Cycle: Suger and Decline",*journal of Personality and Social Psychology*,75: 1389-1410.
- [61] Villar, J., et al., Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet*, 2006. 367 (9525): pp 1819-1829.
- [62] van Dillen, J., et al., Severe acute maternal morbidity and mode of delivery in the Netherlands. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 2010. 89 (11): pp 1460-1465.
- [63] Wagner, M., Choosing caesarean section. *The Lancet*, 2000. 356(9242): pp 1677-1680.
- [64] World Health Statistics 2009, world Health Organization.