بررسی برخی عوامل مرتبط بر انتخاب نوع زایمان در زنان شاغل دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

دکتر محمد امیری: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. m_amiri_71@yahoo.com
***مهدی راعی:** کارشناس ارشد آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.(*نویسنده مسئول). mehdi_r_d@yahoo.com
دکتر رضا چمن: دانشیار اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. rezachaman@yahoo.com
نازی رضائی: کارشناس مامایی،گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. nrezaee@hbi.ir

تاریخ دریافت: ۹۱/۴/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۱/۷/۱

چکیده

زمینه و هدف: به علت افزایش سزارین در سال‌های اخیر، درصد زایمان طبیعی رو به کاهش نهاده است. مطالعه حاضر با هدف تعیین برخی عوامل مرتبط بر انتخاب نوع زایمان در زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی شاهرود انجام شده است.

روش کار: این مطالعه از نوع پژوهش های کاربردی است که به شیوه مقطعی در سال ۱۳۹۱ انجام شد. در این تحقیق کلیه زنان شاغل واجدشرایط در دانشگاه علوم‌پزشکی شاهرود مورد مطالعه قرار گرفته و پرسشنامه‌ای حاوی۹سئوال فردی و ۳۷سئوال اختصاصی در خصوص شرایط زایمان قبلی فرد به صورت خودایفا تکمیل گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری و ورود به نرم‌افزار SPSS به کمک آزمون کای دو تحلیل شدند. سطح معنی‌داری در کلیه آزمون‌ها ۰/۰۵ می‌باشد.

یافته ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه۳۷/۶۲± ۷/۳۸بود. ۲۷/۵٪ از افراد در زایمان های قبلی سابقه سزارین داشتند. ۵۷/۸٪ از افراد در آخرین بارداری به روش سزارین زایمان نموده بودند. رابطه معنی داری بین تحصیلات، شغل، محل خدمت و وضعیت استخدام پاسخگو با نوع زایمان مشاهده نشد (p>۰/۰۵) ولی بین تحصیلات بالای همسر، وجود سابقه قبلی سزارین، ابتلا به بیماری و سقط و پیشنهاد دوستان، روش زایمان دوستان، روش پیشنهادی همسر، روش پیشنهادی مادر، پیشنهاد پزشک و ماما با انتخاب روش زایمان رابطه معنی داری وجود داشت(p<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: میانگین شیوع سزارین در ارائه‌دهندگان خدمات بالاتر از متوسط جامعه است. پیشنهاد می‌گردد که سیاستگزاران سلامت در سطح شهرستان با برگزاری جلسات آموزشی متعدد برای این گروه نسبت به اصلاح نگرش و عملکرد آنان اقدام نمایند.

کلیدواژه‌ها: زایمان، سزارین، زایمان طبیعی، زنان شاغل.

مقدمه

عمل سزارین به خروج جفت و جنین و غشاها از طریق برش جداره شکم و رحم اطلاق می‌گردد(۱). این روش برای استفاده در موارد اورژانس که جان مادر و جنین به‌خطر افتد، به عنوان بهترین انتخاب توصیه شده است (۲و۳). گرچه زایمان طبیعی به عنوان بهترین روش زایمان در اکثریت مواقع توصیه می‌شود، اما به علت افزایش سزارین، درصد آن در سال‌های اخیر رو به کاهش نهاده است (۴). شواهد نشان می‌دهد که میزان سزارین طی دو دهه اخیر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه افزایش یافته است(۵). دلیل این افزایش ضرورت انجام سزارین نیست، بلکه با روند فزاینده خود به ویژه درکشورهای کمتر توسعه یافته به عنوان روشی برای فرار از درد زایمان تبدیل شده است (۶). نرخ سزارین در کشورهای توسعه یافته بین ۶/۲ تا ۳۶ و متوسط ۲۱ درصد گزارش شده است(۵). امروزه احتمال اینکه یک زن تحت عمل سزارین قرار گیرد ۳ برابر بیشتر از ۲۰سال گذشته است(۷). دلایل بسیار زیادی از جمله بالارفتن سن مادران در اولین حاملگی، توصیه به سزارین در موارد بریچ، کاهش استفاده از فورسپس و واکیوم، افزایش میزان القای زایمانی، نگرانی از محکومیت-های قضایی، نگرانی از صدمه به عضلات کف لگن و استفاده از مانیتورینگ قلب جنین به عنوان علل افزایش آمار سزارین ذکر شده اند , ولی توجیه کننده نمی‌باشد(۸). در برخی از منابع یکی از دلایل درخواست مادران برای انجام سزارین، مدرن بودن این روش در مقابل زایمان طبیعی عنوان شده است. این در حالی است که در مدرن‌ترین و پیشرفته‌ترین جوامع، تمام تلاش‌ها برای کاهش سزارین و انجام زایمان به صورت طبیعی صورت

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

می‌گیرد(۳).

سازمان بهداشت جهانی میزان قابل قبول سزارین را حداکثر ۱۰-۱۵ درصد زایمان‌ها می‌داند و اعلام نموده که هیچ توجیهی برای مناطق مختلف جهان برای افزایش آن وجود ندارد (۲و۹). ولی آمارها حاکی از رشد فزاینده آن به بیش از ۳۰درصد می‌باشد (۱۰). در دنیا حدود ۱۰ تا ۳۰درصد زایمان‌ها به روش سزارین انجام می‌شود. اما هم اکنون ۵۰ تا ۶۵درصد زایمان‌ها در کشور ما به صورت سزارین بوده که ۹۰درصد آن در شهرها و بیمارستان‌های خصوصی انجام می‌شود. به‌عبارتی از هر دو زایمان در ایران یکی حتما به روش سزارین انجام می‌گیرد(۶). بر طبق تحقیقات انجام شده در ایران بیش از ۷۰ درصد زنان باردار به دلایل غیرضروری خواهان انجام سزارین هستند، که ۹۲٪ موارد به علت ترس از درد زایمان و عوارض زایمان طبیعی می‌باشد(۱۱). نتایج مطالعاتی در سال۱۳۷۸ و ۱۳۸۹میزان سزارین در شهرستان شاهرود را به ترتیب۵۰/۶۸٪ و۵۳/۸ گزارش نموده است(۱۲و ۱۳). تعدادی از مطالعات انجام‌شده در نقاط دیگر کشور میزان شیوع سزارین را در همدان ۵۰/۲٪(۱۴)، دامغان ۵۱/۷(۶)، گیلان۶۴/۳٪(۸)، گرگان۴۹/۸٪(۱۵)، شیراز ۶۶/۴٪(۱) و تهران۴۴٪(۱۰) و ۶۶/۵٪(۷) گزارش نموده است.

برخی از مطالعات در کشورهای توسعه یافته حاکی از افزایش نرخ سزارین از ۲درصد در سال ۱۹۵۰ به بالای ۲۰ درصد در حال حاضر است، به طوری که عمل سزارین برای یک چهارم تا یک سوم تولدها در این کشورها انجام می‌شود. این مطالعات نرخ سزارین را در آمریکا، استرالیا، کانادا و انگلستان بین۲۶/۸ - ۳۲/۳ گزارش نموده‌اند (۱۶و۱۷). به طور مثال در آمریکا در سال ۱۹۷۰ میزان سزارین ۵/۵٪، در سال۱۹۸۸,۲۴/۷٪، در بین سال‌های۲۰۰۲- ۲۰۰۶ ، ۳۰/۵٪ و در سال ۲۰۰۷برابر ۳۱/۸ درصد گزارش شده است(۱۸). در دانمارک در سال ۲۰۰۵ نرخ سزارین ۱۹/۱٪ بود(۱۹). مطالعات انجام شده در ایرلند نیز حاکی از افزایش نرخ سزارین از ۱۴/۱ در سال ۱۹۹۰ به ۲۶/۵ در سال۲۰۰۹ می‌باشد(۲). در چین بین سالهای ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۷ نرخ سزارین از ۶ به ۲۶ درصد افزایش یافته است. نتیجه مطالعه‌ای شیوع سزارین را در مناطق روستایی چین ۴۶٪ گزارش نمود که ۱۳درصد آنها اورژانسی و ۳۳درصد غیر اورژانس بوده‌اند. از زایمان‌های غیر اورژانس, نیمی به توصیه پزشک و نیمی به درخواست بیمار صورت گرفته است(۲۰). تمایل و درخواست زنان باردار، پوشش‌های بیمه‌ای، توصیه‌های گروه پزشکی، ترس از زایمان طبیعی و پیشنهاد اعضای خانواده برخی از دلایل افزایش سزارین در مطالعات فوق بوده است.

زایمان به روش طبیعی دارای مزایای بی‌شماری از جمله مقرون به صرفه بودن، کوتاه تر بودن مدت زمان بستری در بیمارستان، عدم نیاز به بیهوشی، احتمال کمتر عفونت و خونریزی کمتر بوده که در مقایسه با آن، روش سزارین دارای عوارض بیشتر و شدیدتری می‌باشد(۲۱). سزارین مانند هر عمل جراحی دارای عوارضی نظیر عفونت محل زخم، عفونت لگنی، عفونت ریوی، عفونت مجاری ادراری، خونریزی، تزریق خون، صدمه به اعضای دیگر، احتمال برداشتن رحم، آمبولی ریوی، ترومبوز وریدی، عوارض بیهوشی، عوارض روانی و همچنین خطر بروز به وجود آمدن جفت سر راهی در حاملگی های بعدی، افزایش میزان ناباروری و حاملگی خارج رحمی بوده و میزان ابتلاء به بیماری و مرگ و میر مادران و نوزادان را نیز افزایش می‌دهد (۱۰). خطر مرگ مادر در زایمان سزارین اورژانسی ۸ برابر زایمان طبیعی گزارش شده است (۲۲). علی رغم مزایای زایمان طبیعی و معایب سزارین، در سال‌های اخیر شاهد افزایش تعداد زایمان به این روش هستیم که می‌تواند عوارض متعدد بهداشتی و هزینه های اقتصادی قابل توجه به جامعه تحمیل نماید(۶). سزارین بدون علت، هزینه زیادی بر دوش خانواده‌ها گذاشته و مشکلات متعددی از نظر هزینه مراقبت‌های پس از سزارین برای پرسنل و مصرف تجهیزات پزشکی به‌همراه دارد. با عنایت به اهمیت موضوع و این‌که عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌تواند به عنوان شاخصی از اعتقاد آنان به آموزش‌های داده شده باشد و به عنوان الگویی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

برای سایر افراد و مراجعینشان قرار گیرد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین برخی عوامل مرتبط بر انتخاب نوع زایمان در زنان شاغل دانشگاه علوم پزشکی شاهرود انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع پژوهش‌های کاربردی است که به شیوه مقطعی در سال ۱۳۹۱ انجام شده است. در این مطالعه کلیه زنان شاغل در واحدهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شاهرود که معیار ورود (سابقه یک بار زایمان) به مطالعه را داشتند(۴۵۰نفر) به روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. در مرحله اول اسامی زنان همسردار واجدالشرایط از کارگزینی دانشگاه اخذ و برحسب

جدول ۱: بررسی ارتباط برخی از متغیرهای مورد مطالعه با روش زایمان

متغیر		روش زایمان(تعداد (درصد)		p-value
		طبیعی	سزارین	
تحصیلات پاسخگو	سیکل و کمتر	۳۹(۵۳/۴)	۳۴(۴۶/۶)	۰/۰۹۸
	دیپلم و فوق دیپلم	۵۱(۴۰/۲)	۷۶(۵۹/۸)	
	لیسانس و بالاتر	۸۰(۳۹/۴)	۱۲۳(۶۰/۶)	
تحصیلات همسر پاسخگو	سیکل و کمتر	۵۰(۵۴/۹)	۴۱(۴۵/۱)	۰/۰۲
	دیپلم و فوق دیپلم	۵۵(۳۷/۲)	۹۳(۶۲/۸)	
	لیسانس و بالاتر	۶۵(۳۹/۶)	۹۹(۶۰/۴)	
رسته شغلی	بهداشتی	۵۷(۴۶/۳)	۶۶(۵۳/۷)	۰/۵۸
	درمانی	۵۴(۴۰/۳)	۸۰(۵۹/۷)	
	اداری- مالی	۲۹(۴۲)	۴۰(۵۸)	
	خدماتی	۲۲(۴۴)	۲۸(۵۶)	
	سایر	۸(۲۹/۶)	۱۹(۷۰/۴)	
نوع استخدام	رسمی	۸۰(۴۳/۵)	۱۰۴(۵۶/۵)	۰/۸
	پیمانی	۳۹(۳۹/۴)	۶۰(۶۰/۶)	
	سایر	۵۱(۴۲/۵)	۶۹(۵۷/۵)	
تعداد بارداری	یک	۵۲(۳۹/۴)	۸۰(۶۰/۶)	۰/۳۰
	دو	۶۹(۴۱/۶)	۹۷(۵۸/۴)	
	سه	۲۸(۴۱/۲)	۴۰(۵۸/۸)	
	چهار وبالاتر	۲۱(۵۶/۸)	۱۶(۴۳/۲)	
تعداد زایمان	یک	۶۱(۳۸/۱)	۹۹(۶۱/۹)	۰/۰۲
	دو	۶۶(۳۹/۱)	۱۰۳(۶۰/۹)	
	سه	۳۱(۵۸/۵)	۲۲(۴۱/۵)	
	چهار وبالاتر	۱۲(۵۷/۱)	۹(۴۲/۹)	
محل سکونت	شهر	۱۳۸(۳۹/۷)	۲۱۰(۶۰/۳)	۰/۰۱
	روستا	۳۲(۵۸/۲)	۲۳(۴۱/۸)	
وضعیت کاری	تمام وقت	۱۶۵(۴۲/۵)	۲۲۳(۵۷/۵)	۰/۱۵
	نیمه وقت بانوان	۵(۳۳/۳)	۱۰(۶۶/۷)	
سابقه سقط	دارد	۲۹(۳۳)	۵۹(۶۷)	۰/۰۴
	ندارد	۱۴۱(۴۴/۸)	۱۷۴(۵۵/۲)	
سابقه زایمان زودرس	دارد	۱۳(۳۱/۷)	۲۸(۶۸/۳)	۰/۱۵
	ندارد	۱۵۷(۴۳/۴)	۲۰۵(۵۶/۶)	
سابقه دوقلوزایی	دارد	۳(۳۳/۳)	۶(۶۶/۷)	۰/۵۹
	ندارد	۱۶۷(۴۲/۴)	۲۲۷(۵۷/۶)	
سابقه سزارین	دارد	۳(۲/۷)	۱۰۸(۹۷/۳)	۰/۰۰۱
	ندارد	۱۶۷(۵۷/۲)	۱۲۵(۴۲/۸)	
سابقه ابتلاء به بیماری یا جراحی	دارد	۱۱(۲۳/۴)	۳۶(۷۶/۶)	۰/۰۰۶
	ندارد	۱۵۹(۴۴/۷)	۱۹۷(۵۵/۳)	
سابقه مصرف دارو	دارد	۱۷(۳۰/۹)	۳۸(۶۹/۱)	۰/۰۶۸
	ندارد	۱۵۳(۴۴)	۱۹۵(۵۶)	

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

محل خدمت، فرم جمع‌آوری داده‌ها مشتمل بر ۹سئوال فردی و ۳۷سئوال اختصاصی (۹ سئوال در خصوص شرایط زایمان‌های قبلی شامل: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد فرزندان زنده، سابقه سقط و مرده زایی، سابقه حاملگی خارج رحمی، سابقه دوقلو زایی، سابقه سزارین، سابقه زایمان زودرس و سابقه نازایی قبل از آخرین زایمان و ۱۵ سئوال مربوط به اطلاعات آخرین بارداری و زایمان شامل: محل زایمان، سن، سابقه ابتلا به بیماری‌های داخلی و انجام عمل جراحی، سابقه مصرف دارو به غیر از مکمل‌های آهن و مولتی ویتامین، داشتن عوارض مامایی، روش زایمان، زمان انتخاب نوع زایمان و دلایل انتخاب نوع زایمان و ۱۳ سئوال مخصوص زنانی بود که در آخرین بارداری به روش سزارین زایمان نموده بودند) برایشان ارسال گردیده تا به صورت خودایفا تکمیل نمایند. جهت تعیین اعتبار ابزار محقق ساخته، فرم فوق توسط جمعی از صاحب‌نظران و اعضای هیئت علمی مورد ارزیابی قرارگرفت و پس از کسب نظرات و پیشنهادات آنان، اصلاحات لازم اعمال و چک لیست نهایی تهیه گردید. در عمل ۴۰۳ نمونه جمع‌آوری و تعداد ۴۷نفر به دلایل مختلف از جمله عدم دسترسی به آنان در زمان اجرای طرح یا عدم تمایل ،در مطالعه شرکت ننمودند. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS شده و نتایج پس از تحلیل به کمک آزمون کای دو به صورت جداول توزیع فراوانی نمایش داده شدند. سطح معنی‌داری در کلیه آزمون‌ها ۰/۰۵ می‌باشد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه و سن آنان در آخرین بارداری به ترتیب ۳۷/۶۲ ±۷/۳۸و۲۹/۱۳ ± ۴/۶۹بود. میانگین تعداد بارداری ۲/۰۸±۱/۰۹و میانگین تعداد زایمان۱/۸۷± ۰/۹۶بود. ۲۷/۵٪ از افراد در زایمان های قبلی سابقه سزارین داشتند. روش زایمان در آخرین بارداری در ۴۲/۲٪ طبیعی و در ۵۷/۸٪ سزارین بود (جدول ۱).

پرستاران با(۹۲نفر)۲۲/۸٪، بهورزان با (۷۲نفر)۱۷/۹٪ و رسته ادارای با(۵۶نفر)۱۳/۹٪ بیشترین فراوانی را داشتند. (۱۶۸نفر)۴۱/۷٪ از افراد مورد مطالعه تک فرزند، (۱۷۳نفر)۴۲/۹٪ دارای دو فرزند و (۴۵نفر)۱۱/۲٪ دارای سه فرزند بودند و (۱۷نفر)۴/۲٪ از پاسخگویان بیشتر از ۳فرزند داشتند. از نظر محل زایمان قبلی اکثر افراد (۳۶۷نفر)۹۱/۱٪ در بیمارستان دولتی، (۲۸نفر)۶/۹٪ در بیمارستان خصوصی و (۸نفر)۲٪ در منزل زایمان کرده بودند. از نظر فراوانی عوارض مامایی، خونریزی با ۳۳/۳۴٪، فشارخون با ۲۶/۴۴٪ و زایمان زودرس با ۲۹/۸۹٪ بیشترین فراوانی را داشتند.

نوع زایمان در(۲۸۰نفر)۷۱/۲٪ از مادران، قبل از مراجعه به بیمارستان و در(۱۱۳نفر)۲۸/۸٪ از آنان در حین زایمان انتخاب شده بود. رابطه معنی داری بین تحصیلات، شغل، محل خدمت، وضعیت استخدام پاسخگو، تحصیلات همسر، سابقه عوارض مامایی و سابقه مصرف دارو در دوران آخرین بارداری با نوع زایمان مشاهده نشد (p>۰/۰۵).

بین تعداد زایمان و نوع زایمان رابطه معنی داری (p=۰/۰۲۴). وجود داشت ،به طوری که افرادی که تعداد زایمان بیشتری داشتند گرایش بیشتری به سمت زایمان طبیعی داشتند. همچنین ارتباط آماری معنی داری بین محل سکونت(p=۰/۰۱۰)، سابقه سقط جنین(p=۰/۰۴۷)، سابقه سزارین قبلی(p<۰/۰۰۱)، سابقه ابتلا به بیماری یا جراحی در آخرین حاملگی(p=۰/۰۰۶)،توصیه دوستان به سزارین(p<۰/۰۰۱)، سزارین دوستان در آخرین زایمان(p=۰/۰۰۸)، توصیه همسر(p<۰/۰۰۱)، توصیه مادر و خانواده مادری به انجام سزارین(p<۰/۰۰۱)، توصیه پزشک(p<۰/۰۰۱)، توصیه ماما برای زایمان(p<۰/۰۰۱) و فاصله زمانی از آخرین بارداری(p=۰/۰۰۱) با نوع زایمان وجود داشت (p<۰/۰۰۱) (جدول۱ و ۲). کسانی که سابقه سزارین قبلی، سقط ، مرده زایی و ابتلا به بیماری یا جراحی داشتند، شیوع سزارین در آنها بالاتر بود. ضمنا توصیه دوستان و اعضای تیم سلامت به انتخاب روش سزارین تاثیر مستقیمی بر انتخاب روش انتخابی جهت ختم بارداری داشت.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

جدول۲: بررسی ارتباط برخی از متغیرهای مورد مطالعه با روش زایمان

متغیر		روش زایمان(تعداد (درصد)		کل	p-value
		طبیعی	سزارین	(درصد)تعداد	
پیشنهاد دوستان	سزارین	۱۹(۳۹/۶)	۲۹(۶۰/۴)	۴۸(۱۰۰)	۰/۰۰۱
	طبیعی	۹۴(۵۵)	۷۷(۴۵)	۱۷۱(۱۰۰)	
	بی نظر	۵۷(۳۱)	۱۲۷(۶۹)	۱۸۴(۱۰۰)	
پیشنهاد همسر	سزارین	۱۰(۲۵)	۳۰(۷۵)	۴۰(۱۰۰)	۰/۰۰۱
	طبیعی	۸۵(۶۵/۹)	۴۴(۳۴/۱)	۱۲۹(۱۰۰)	
	بی نظر	۷۵(۳۲/۱)	۱۵۹(۶۷/۹)	۲۳۴(۱۰۰)	
پیشنهاد مادر	سزارین	۸(۲۴/۲)	۲۵(۷۵/۸)	۳۳(۱۰۰)	۰/۰۰۱
	طبیعی	۱۱۷(۵۳/۹)	۱۰۰(۴۶/۱)	۲۱۷(۱۰۰)	
	بی نظر	۴۵(۲۹/۴)	۱۰۸(۷۰/۶)	۱۵۳(۱۰۰)	
پیشنهاد پزشک	سزارین	۶(۵)	۱۱۳(۹۵)	۱۱۹(۱۰۰)	۰/۰۰۱
	طبیعی	۱۴۰(۶۴/۸)	۷۶(۳۵/۲)	۲۱۶(۱۰۰)	
	بی نظر	۲۴(۳۵/۳)	۴۴(۶۴/۷)	۶۸(۱۰۰)	
پیشنهاد ماما	سزارین	۸(۱۲/۹)	۵۴(۸۷/۱)	۶۲(۱۰۰)	۰/۰۰۱
	طبیعی	۱۱۴(۵۲/۸)	۱۰۲(۴۷/۲)	۲۱۶(۱۰۰)	
	بی نظر	۴۲(۳۷/۸)	۶۹(۶۲/۲)	۱۱۱(۱۰۰)	
فاصله تا آخرین بارداری	کمتر از ۳سال	۴۴(۳۳/۳)	۸۸(۶۶/۷)	۱۳۲(۱۰۰)	۰/۰۰۱
	۶-۳سال	۲۴(۳۲/۹)	۴۹(۶۷/۱)	۷۳(۱۰۰)	
	بالاتر از ۶سال	۱۰۲(۵۱/۵)	۹۶(۴۸/۵)	۱۹۸(۱۰۰)	
وجود عوارض مامایی در آخرین بارداری	داشته	۲۲(۳۲/۸)	۴۵(۶۷/۲)	۶۷(۱۰۰)	۰/۰۷
	نداشته	۱۴۶(۴۴/۸)	۱۸۰(۵۵/۲)	۳۲۶(۱۰۰)	
روش زایمان دوستان	سزارین	۴۳(۳۳/۱)	۸۷(۶۶/۹)	۱۳۰(۱۰۰)	۰/۰۰۸
	طبیعی	۱۲۱(۴۷/۳)	۱۳۵(۵۲/۷)	۲۵۶(۱۰۰)	

بحث

۲۷/۵٪ از افراد در زایمان های قبلی سابقه سزارین داشتند. در آخرین بارداری، ۵۷/۸٪ ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی به روش سزارین زایمان نموده بودند. رابطه معنی داری بین تحصیلات، شغل، محل خدمت و وضعیت استخدام پاسخگو با نوع زایمان مشاهده نشد، اما بین تحصیلات بالای همسر، وجود سابقه قبلی سزارین، سابقه ابتلا به بیماری، سابقه سقط، محل سکونت شهری، پیشنهاد دوستان، روش زایمان دوستان، روش پیشنهادی همسر، روش پیشنهادی مادر، پیشنهاد پزشک و ماما و فاصله کم تا آخرین بارداری با انتخاب روش زایمان رابطه معنی‌داری وجود داشت.

در پژوهشی با عنوان شیوع سزارین در زنان تحصیلکرده گروه علوم پزشکی در شهر گرگان شیوع سزارین ۴۹/۸٪ عنوان شد, که با نتایج اخیر هم‌خوانی ندارد(۱۵). نتایج برخی از مطالعات در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی تهران (۶۶/۵٪) و شیراز(۶۶/۴٪) آمار بالاتر از ۶۵درصد را گزارش نموده‌اند (۳,۱و ۷). پژوهش دیگری در یک مرکز درمانی تهران بین سال‌های ۱۳۷۹ تا سال ۱۳۸۷ حاکی از رشد آمار سزارین از ۵۶/۲٪ به ۸۸٪ است که بیشتر از یافته‌های ماست(۸). در سایر مطالعات انجام شده، نرخ سزارین در شهرکرد ۴۴/۶٪، یاسوج ۲۶٪، تهران ۵۲/۱٪ و دامغان ۵۱/۷٪ گزارش گردیده است(۶،۱۰،۲۳و۲۴). تحقیقات قبلی انجام شده در شاهرود در سال۱۳۷۸ و ۱۳۸۹میزان سزارین را به ترتیب ۵۰/۶۸٪ و۵۳/۸ گزارش نموده است (۱۲و۱۳). نتایج این مطالعه بالاتر از نرخ سزارین در آمریکا، کانادا، استرالیا، ایرلند، دانمارک و چین است(۵، ۱۸-۲۰). میانگین شیوع سزارین در ارائه دهندگان خدمات سلامت بالاتر از مطالعات فوق و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

متوسط جامعه است. شاید از دلایل احتمالی این تفاوت، پوشش‌های بیمه‌ای بهتر، تجربه کاری و دیدن رنج ناشی از زایمان طبیعی در سایر افراد، داشتن پیش زمینه در خصوص بی دردسر، تمیز بودن و نگرش مثبت آنان به این روش باشد که نیاز به بررسی‌های بیشتر دارد.

۹۷/۳درصد افراد دارای سابقه سزارین قبلی به روش سزارین در آخرین بارداری زایمان نموده بودند. در مطالعهبر رویزنان شاغل دانشگاه علوم پزشکی گرگان نتایج مشابهی(۹۷٪) گزارش شده که با نتایج حاضر کاملا هم خوانی دارد(۱۵). در تحقیق دیگری ۷۳/۵درصدو در مطالعه محمدبیگی ۳۵/۵٪ افراد دارای سابقه سزارین در زایمان قبلی به روش سزارین زایمان نموده بودندکه با نتایج ما هم خوانی ندارد(۱و۷). محمد بیگی در مطالعه خود مهم ترین علت را سابقه سزارین قبلی مطرح می‌کندکه با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد(۱). بر اساس متون علمی سابقه سزارین قبلی نمی‌تواند علتی برای انجام این عمل در زایمان‌های بعدی باشد.

بین سابقه سقط با انتخاب سزارین رابطه معنی‌داری مشاهده شد که با نتایج مطالعه انجام گرفته در چین هم‌خوانی دارد (۲۰). سقط جنین در حاملگی قبلی سبب افزایش اضطراب و ترس در زنان گردیده که می تواند یکی از دلایل انتخاب سزارین به عنوان روش ختم زایمان در بارداری های بعدی باشد.

در پژوهش حاضر ۷۲/۱درصد مادران، علت سزارین را توصیه پزشک و شرایط خاص پزشکی و پس از آن عدم احساس درد و نگرانی از آسیب دیدن کانال زایمانی عنوان نموده اند. بالاتربودن درصد فراوانی توصیه پزشک با نتایج سایر مطالعات هم خوانی دارد(۷و۱۵). در مطالعه انجام شده در مناطق روستایی چین نیمی از افراد به توصیه پزشک سزارین غیر اورژانس داشته‌اند که مهم تر بودن نظر پزشک در انتخاب نوع زایمان با نتایج اخیر هم خوانی دارد(۲۰). یافته‌ها بیانگر آن است که هنوز نظر پزشک به عنوان مشاور اصلی بر تصمیم افراد نقش بسزایی دارد.

گرچه درصد سزارین در مشاغل بهداشتی‌درمانی و اداری‌مالی نسبت به سایر گروه ها بیشتر بود ولی بین رسته شغلی و سزارین رابطه معنی داری مشاهده نگردید که با نتایج تابنده هم خوانی ندارد(۱۵). در تحقیق حاضر درصد سزارین در بین افراد تحصیلکرده بالاتر بود ولی اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار نبود. سایر مطالعات به وجود ارتباط بین تحصیلات و زایمان سزارین اشاره نموده و بیان نموده‌اند که شیوع سزارین در افراد تحصیلکرده بیشتر بوده است(۱،۶،۷و۱۵). بالاتر بودن آمار سزارین در افراد با تحصیلات بالاتر در همه مطالعات فوق شبیه یافته‌های پژوهش اخیر بوده ولی وجود ارتباط معنی دار بین زایمان سزارین با تحصیلات در مطالعات اشاره شدهبا نتایج اخیر هم خوانی ندارد(۱، ۶، ۷و ۱۵). شاید بتوان اذعان نمود که صرفه نظر از تحصیلات، نگرش نادرست افراد نیز می تواند یکی از دلایل عملکرد نامناسب آنان در این زمینه باشد. تمامی افراد مورد مطالعه شاغل بوده و با توجه به سطح تحصیلات از توان اقتصادی بهتری برخوردار بودند. در مطالعات پیشین شیوع سزارین بین افراد شاغل ، تحصیلکرده و دارای وضعیت اقتصادی بهتر را بیشتر از سایر گروه‌ها عنوان نموده که با نتایج اخیر هم‌خوانی دارد (۱،۳،۶،۷و۲۵). وجود پوشش های بیمه ای، بیمه های تکمیلی و تقبل هزینه‌ها از سوی سازمان های بیمه گر بدون توجه به علت انتخاب روش زایمان می‌تواند یکی از دلایل اصلی انتخاب روش سزارین علی رغم هزینه چند برابری آن نسبت به زایمان طبیعی باشد.

انجام پژوهش در گروه خاصی از شاغلین (حوزه سلامت) و کمبود مطالعات مرتبط در سطح کشور از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین انجام چنین مطالعاتی در سایر گروه‌ها می‌تواند به مشخص شدن وضعیت و مقایسه بهتری از شیوع سزارین در جامعه کمک نماید.

نتیجه گیری

شیوع زایمان طبیعی در ارائه دهندگان خدمات سلامت کمتر از متوسط جامعه است. با عنایت به اینکه رفتار و عملکرد متولیان سلامت باید خود الگوی جامع و کاملی برای سایر افراد جامعه باشد، یافته‌های این پژوهش در خصوص شیوع بالای سزارین زنان شاغل دانشگاه که بالاتر از شاخص‌های

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

اعلامی از سوی سازمان جهانی بهداشت و سیاست‌های وزارت متبوع است نمی‌توانند الگوی مناسبی در عمل برای گیرندگان خدمات باشند (۹).شاید بتوان گفت که در سالهای اخیر علی رغم جهت گیری‌ها و سیاست‌های کلان دولت در خصوص کاهش سزارین، عملکرد نامناسب ارائه دهندگان در این زمینه می تواند یکی از دلایلی باشد که نتوانسته منجر به کاهش آمار سزارین در کشور گردد. نتایج زنگ خطری است برای سیاستگزاران نظام سلامت در دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، دانشگاه‌های مشابه و وزارت بهداشت که در زمینه تغییر نگرش و بهبود عملکرد ارائه کنندگان خدمات در زمینه زایمان طبیعی برنامه‌ریزی نمایند. لذا پیشنهاد می‌گردد که مسئولین ضمن انجام مطالعات کاربردی در خصوص تعیین علت نگرش مثبت افراد، با برگزاری جلسات آموزشی متعدد و استفاده از شیوه‌های نوین برای این گروه نسبت به اصلاح نگرش و عملکرد آنان اقدام نمایند، تا در نهایت شاهد استقبال بیشتر زنان باردار در سطح جامعه از روش زایمان طبیعی باشیم.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی تحت عنوان: بررسی برخی عوامل مرتبط بر انتخاب نوع زایمان در زنان شاغل دانشگاه علوم پزشکی شاهرود مصوب دانشگاه علوم پزشکی شاهرود در سال ۹۰ به کد۹۱۰۸ می باشد که با حمایت همان دانشگاه اجرا شده است. نویسندگان مقاله از معاونت آموزشی پژوهشی دانشگاه و همکاران طرح، خانم‌ها فرشته طیبی، زهرا حیدرپور، آسیه منصوری، ناهید داوردوست، الهام صادقی، فریبا امین‌هراتی، دکتر سیده رقیه میرمجیدی، نازجمال قرنجیک، آزاده بزی، عفت عرب‌پور، مرضیه ایری و آقای امین صدقی تقدیر و تشکر می نمایند.

منابع

1. Mohamadbeigi A, Tabatabaee S, Mohammad Salehi N, Yazdani M. Factors Influencing Cesarean Delivery Method in Shiraz Hospitals. IJN. 2009; 21(56):37-45.(Persian).

2. O'Dwyer V, Hogan JL, Farah N, Kennelly MM, Fitzpatrick C, Turner MJ. Maternal mortality and the rising cesarean rate. Int J Gynaecol Obstet. 2012; 116(2):162-4.

3. Ali Mohamadian M, Shariat M, Mahmoudi M, Ramazanzadeh F. The Influence of Maternal Request on the Elective Cesarean Section Rate in Maternity Hospitals in Tehran, Iran. Payesh. 2003; 2(2):133-139.(Persian).

4. Arjmandi Rafsanjani B, Farzin Moghaddam S. Assessment of the Level of the Pregnant Womens Knowledge Towards the Advantages and Disadvantages of Normal Vaginal Delivery and Cesarean Section, Tehran (2005). Razi Journal of Medical Sciences. 2007; 14(55):13-22.(Persian).

5. Jackson S, Fleege L, Fridman M, Gregory K, Zelop C, Olsen J. Morbidity following primary cesarean delivery in the Danish National Birth Cohort. Am J Obstet Gynecol. 2012; 206(2):139.e1-5.

6. Bahonar AR, Shabani AA, Aghajani M. Determinants of Cesarean and its Trend in Damghan, Iran. Iranian Journal of Epidemiology. 2010; 6(1):33-38.(Persian).

7. Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmoudi M. Cesaren Section in Maternity Hospitals In Tehran, Iran. Payesh. 2002; 1(3):5-10.(Persian).

8. Moayed Mohseni S, Sohrabi Z. The Trend Analysis of Cesarean Section Rate in A Hospital, Tehran, Iran. Payesh. 2011; 10(2):261-264.(Persian).

9. Sharifirad Gh, Rezaeian M, Soltani R, Javaheri S, Amidi Mazaheri M. A Survey on the Effects of Husbands Education of Pregnant Women on Knowledge, Attitude and Reducing Elective Cesarean Section. Health System Research. 2010; 6(1):7-12.(Persian).

10. Mohammaditabar SH, Kiani A, Heidari M. The Survey on Tendencies of Primiparous Women for Selecting the Mode of Delivery. J Babol Univ Med Sci. 2009; 11(3):54-59.(Persian).

11. Abedian Z, Nikpour M, Mokhber N, Ebrahimi S, Khani S. Evaluation of Relationship between Delivery Mode and Postpartum Quality of Life. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2010; 13(3): 47-53.(Persian).

12. Bolbol Haghighi N, Ebrahimi H, Ajami MI. Comparison of Frequency of Vaginal Delivery with Cesarean Section and its Causes in Shahroud (2000). Journal of Reproduction and Infertility .2002; 3(2 (10)):50-57.(Persian).

13. Chaman R, Ajami ME. Evaluation of Prematurity prevalence and it's related risk factors in Fathemyeh hospital of Shahroud. 2011; Report Project no 8932.(Persian).

14. Moeini B, Allahverdipour H, Mahjoub H, Bashirian S. Assessing Pregnant Women's Beliefs, Behavioral Intention and Predictive Factors for Cesarean Section in Hamadan. Iranian Journal of

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

Obstetrics, Gynecology and Infertility 2011; 14(3):37-44.(Persian).

15. Tabandeh A, Kashani E. The prevalancy of cesarean among employed educated women of medical science groups in Gorgan (2005). Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2007; 9 (2):67-70.(Persian).

16. Bayes S, Fenwick J, Hauck Y. 'Off everyone's radar': Australian women's experiences of medically necessary elective caesarean section. Midwifery. 2012; [Epub ahead of print]

17. Laughon SK, Branch DW, Beaver J, Zhang J. Changes in labor patterns over 50 years. Am J Obstet Gynecol. 2012; 206(5):419.e1-9.

18. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accrete and cesarean scar pregnancy. A review. Am J Obstet Gynecol 2012; [Epub ahead of print]

19. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of cesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paediatr Perinat Epidemiol. 2007; 21(2):98-113.

20. Long Q, Klemetti R, Wang Y, Tao F, Yan H, Hemminki E. High caesarean section rate in rural China: Is it related to health insurance (New Co-operativeMedical Scheme)? Soc Sci Med. 2012 May 7. [Epub ahead of print]

21. Besharati F, Hazavehei SMM, Moeini B, Moghimbeigi A. Effect of Educational Interventions Based on Theory of Planned Behavior (TPB) in Selecting Delivery Mode among Pregnant Women Referred to Rasht Health Centers. ZUMS Journal. 2011; 19(77):94-106.(Persian).

22. Negahban T, Ansari A. Does Fear of Childbirth Predict Emergency Cesarean Section in Primiparous Women? Hayat. 2008; 14(3-4):73-82.(Persian).

23. Shakerian B. Prevalence and causes of cesarean section in Chaharmahal & Bakhtiary, 2002. JSKUMS Journal. 2004; 6(1):63-69. (Persian).

24. Mobaraki A, Zadeh Bagheri Gh, Zandi Ghashghaei KA. Prevalence of cesarean section and the related causes in Yasuj city in 2003 . Armaghane – danesh. 2005; 10(3(39)):53-72(Persian).

25. Garmaroudi G, Eftekhar H, Batebi AA. Cesarean Section and Related Factors in Tehran, Iran. Payesh. 2002; 1(2):45-49.(Persian).

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]

Investigating some of the factors influencing choice of delivery type in women working in Shahroud University of Medical Sciences

Mohammad Amiri, PhD. Assistant Professor of Health Services Management, School of Public Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran. m_amiri_71@yahoo.com
***Mehdi Raei,** MSc. Biostatistics, School of Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran. (*Corresponding author). mehdi_r_d@yahoo.com
Reza Chaman, PhD. Associate Professor of Epidemiology, School of Medicine, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran. rezachaman@yahoo.com
Nazi Rezaee, BSc. Midwifery, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. nrezaee@hbi.ir

Abstract

Background: Due to the increase in C-section delivery, the percentage of natural delivery has decreased in recent years. This study aimed to investigate some of the factors which influence the choice of delivery type in women, working in Shahroud University of Medical Sciences.
Methods: This applied cross-sectional study was conducted in 2012. All eligible women working at Shahroud University of Medical Sciences took part in the study and they completed a questionnaire including 9 demographic items and 37 specific items on the previous delivery condition. The collected data were fed into SPSS and analyzed through Chi-square test. The significance level in all tests was 0.05.
Results: The mean age of the participants was 37.62±7.38. 28.5% of the participants had experience of C-section delivery. 57.8% of the participants had C-section delivery in their previous delivery. No significant relationships were observed between level of education, occupation, place of job, employment status of the respondents and delivery type ($p>0.05$). However, there were significant relationships between delivery type and husband's high level of education, experience of c-section, history of disease contraction, history of abortion, friends' suggestion, delivery type of friends, delivery type suggested by the husband, delivery type suggested by mother, and doctors' or obstetricians' suggestion ($p<0.05$).
Conclusions: The mean of C-section prevalence among service providers is higher than that among the society. It is suggested that the health policy makers in the city try to reform the attitudes and performance of this group through setting instructional meetings.

Keywords: Delivery, C-section, Natural delivery, Working women.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-12]