

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

دکتر محمد امیری: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پرداخت، 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:

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 شاهروд انجام شده است.

روش کار: این مطالعه از نوع پژوهش‌های کاربردی است که به شیوه مقطعی در سال ۱۳۹۱ انجام شد. در این تحقیق کلیه زنان شاغل واحدسرایط در دانشگاه علومپزشکی شاهرود مورد مطالعه قرار گرفته و پرسشنامه‌ای حاوی ۹ سؤال فردی و ۳۷ سؤال اختصاصی در خصوص شرایط زایمان قبلی فرد به صورت خوداپنا تکمیل گردید. داده‌ها پس از جمع آوری و ورود به نرمافزار SPSS به کمک آزمون کای دو تحلیل شدند. سطح معنی‌داری در کلیه آزمون‌ها ۵٪ باشد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه 27.8 ± 3.7 بود. ۵۷٪ از افراد در آخرين بارداری به روش سزارین زایمان نموده بودند. رابطه معنی داری بین تحصیلات، شغل، محل خدمت و وضعیت استخدام پاسخگو با نوع زایمان مشاهده نشد ($p > 0.05$) ولی بین تحصیلات بالای همسر، وجود سابقه قبلي 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 ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: میانگین شیوع سزارین در ارائه‌دهنگان خدمات بالاتر از متوسط جامعه است. پیشنهاد می‌گردد که سیاستگذاران 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

بین ۳۶ تا ۶۲٪ و متوسط ۲۱ درصد گزارش شده است(۵). امروزه احتمال اینکه یک زن تحت عمل سزارین قرار گیرد ۳ برابر بیشتر از ۲۰ سال گذشته است(۷). دلایل بسیار زیادی از جمله بالارفتن سن مادران در اولین حاملگی، توصیه به سزارین در موارد بريج، کاهش استفاده از فورسپس و واکیوم، افزایش میزان القای زایمانی، نگرانی از محکومیت‌های 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

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 به خطر افتاد، به عنوان بهترین انتخاب توصیه شده است (۲ و ۳). گرچه زایمان طبیعی به عنوان بهترین روش زایمان در اکثریت موقع 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 فراینده خود به ویژه در کشورهای کمتر توسعه یافته به عنوان روشی برای فرار از درد زایمان تبدیل شده است (۶). نرخ سزارین در کشورهای توسعه یافته

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 ۱۳ درصد آنها اورژانسی و ۳۳ درصد 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 اعصاب خانواده برخی از دلایل افزایش سزارین در مطالعات فوق بوده است.

زایمان به روش طبیعی دارای مزایای بی‌شماری از جمله مقرون به صرفه بودن، کوتاه‌تر 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 اعصاب دیگر، احتمال برداشتن رحم، آمبولی ریوی، ترومبوز وریدی، عوارض بیهوشی، عوارض روانی و همچنین خطر بروز به وجود آمدن جفت سر راهی در حاملگی‌های 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 (۲۰). خطر مرگ مادر در زایمان سزارین اورژانسی ۸ برابر زایمان طبیعی گزارش شده است (۲۲). علی‌رغم مزایای زایمان طبیعی و معایب سزارین، در سال‌های اخیر شاهد افزایش تعداد زایمان به این روش هستیم که می‌تواند عوارض متعدد بهداشتی و هزینه‌های 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 به همراه دارد. با عنایت به اهمیت موضوع و این که عملکرد ارائه‌دهنده‌گان خدمات سلامت می‌تواند به عنوان شاخصی از اعتقاد آنان به آموزش‌های داده شده باشد و به عنوان الگویی

می‌گیرد (۳). سازمان بهداشت جهانی میزان قابل قبول سزارین را حداقل ۱۵-۱۰ درصد زایمان‌ها می‌داند و اعلام نموده که هیچ توجیهی برای مناطق مختلف جهان برای افزایش آن وجود ندارد (۹۲). ولی آمارها حاکی از رشد فزاینده آن به بیش از ۳۰ درصد می‌باشد (۱۰). در دنیا حدود ۱۰ تا ۳۰ درصد زایمان‌ها به روش سزارین انجام می‌شود. اما هم اکنون ۵۰ تا ۶۵ درصد زایمان‌ها در کشور ما به صورت سزارین بوده که در حدود ۹۰ درصد آن در شهرها و بیمارستان‌های خصوصی انجام می‌شود. به عبارتی از هر دو زایمان در ایران یکی حتماً 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 سال ۱۳۷۸ و ۱۳۸۹ میزان سزارین در شهرستان شاهرود را به ترتیب ۵۳/۸٪ و ۵۰/۶٪ می‌نماید (۱۲). تعدادی از مطالعات گزارش نموده است (۱۳). تعدادی از مطالعات انجام‌شده در نقاط دیگر کشور میزان شیوع سزارین را در همدان ۵۰/۲٪، دامغان ۵۱/۷٪ (۱۴)، گیلان ۶۴/۳٪ (۸)، گرگان ۴۹/۸٪ (۱۵)، شیراز ۶۶/۴٪ (۱) و تهران ۴۴٪ (۱۰) و ۵٪ (۷) گزارش نموده است.

برخی از مطالعات در کشورهای توسعه یافته حاکی از افزایش نرخ سزارین از ۲۰ درصد در سال ۱۹۵۰ به بالای ۲۰ درصد در حال حاضر است، به طوری که عمل سزارین برای یک چهارم تا یک سوم تولددها در این کشورها انجام می‌شود. این مطالعات نرخ سزارین را در آمریکا، استرالیا، کانادا و انگلستان بین ۲۶/۸٪ - ۳۲/۳٪ گزارش نموده‌اند (۱۶). به طور مثال در آمریکا در سال ۱۹۷۰ میزان سزارین ۵/۵٪، در سال ۱۹۸۸ ۲۴/۷٪، در سال ۱۹۹۰ ۲۶/۸٪، در سال ۲۰۰۲ ۲۰۰۶-۲۰۰۷، در سال ۲۰۰۵ 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 سال ۲۰۰۹ می‌باشد (۲). در چین بین

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

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

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

p-value	روش زایمان (تعداد (درصد))		متغیر
	سازاری	طبیعی	
0/098	۳۴(۴۶/۶)	۳۹(۵۳/۴)	تحصیلات پاسخگو
	۷۶(۵۹/۸)	۵۱(۴۰/۲)	دیپلم و فوق دیپلم
	۱۲۳(۶۰/۶)	۸۰(۳۹/۴)	لیسانس و بالاتر
0/02	۴۱(۴۵/۱)	۵۰(۴۶/۹)	تحصیلات همسر پاسخگو
	۹۳(۵۲/۸)	۵۵(۳۷/۲)	دیپلم و فوق دیپلم
	۹۹(۴۰/۴)	۶۵(۳۹/۶)	لیسانس و بالاتر
0/58	۶۶(۵۳/۷)	۵۷(۴۶/۳)	بهداشتی
	۸۰(۵۹/۷)	۵۴(۴۰/۳)	درمانی
	۴۰(۵۸)	۲۹(۴۲)	اداری- مالی
	۲۸(۵۶)	۲۲(۴۴)	خدماتی
	۱۹(۷۰/۴)	۸(۲۹/۶)	سایر
0/8	۱۰۴(۵۶/۵)	۸۰(۴۳/۵)	نوع استخدام
	۶۰(۴۰/۶)	۳۹(۳۹/۴)	پیمانی
	۶۹(۵۷/۵)	۵۱(۴۲/۵)	سایر
0/۳۰	۸۰(۴۰/۶)	۵۲(۳۹/۴)	یک
	۹۷(۵۸/۴)	۶۹(۴۱/۶)	دو
	۴۰(۵۸/۸)	۲۸(۴۱/۲)	سه
0/۰۲	۱۶(۴۳/۲)	۲۱(۵۶/۸)	چهار و بالاتر
	۹۹(۶۱/۹)	۶۱(۳۸/۱)	یک
	۱۰۳(۶۰/۹)	۶۶(۳۹/۱)	دو
0/۰۱	۲۲(۴۱/۵)	۳۱(۵۸/۵)	سه
	۹(۴۲/۹)	۱۲(۵۷/۱)	چهار و بالاتر
	۲۱(۴۰/۳)	۱۲۸(۳۹/۷)	محل سکونت
0/15	۲۲۳(۵۷/۵)	۱۶۵(۴۲/۵)	وضعیت کاری
	۱۰(۶۶/۷)	۵(۳۳/۳)	نیمه وقت بانوان
	۵۹(۶۷)	۲۹(۳۳)	دارد
0/15	۱۷۴(۵۵/۲)	۱۴۱(۴۴/۸)	سابقه زایمان زودرس
	۲۸(۶۸/۳)	۱۳(۳۱/۷)	دارد
	۲۰۵(۵۶/۶)	۱۵۷(۴۳/۴)	دارد
0/59	۶(۶۶/۷)	۳(۳۳/۲)	دارد
	۲۲۷(۵۷/۶)	۱۶۷(۴۲/۴)	دارد
	۱۰۸(۶۷/۴)	۳(۲۱/۷)	دارد
0/001	۱۲۵(۴۲/۸)	۱۶۷(۵۷/۲)	دارد
	۳۶(۷۶/۶)	۱۱(۲۲/۴)	دارد
	۱۹۷(۵۵/۳)	۱۵۹(۴۴/۷)	دارد
0/006	۳۸(۶۹/۱)	۱۷(۳۰/۹)	دارد
	۱۹۵(۵۶)	۱۵۳(۴۴)	دارد

بیشترین فراوانی را داشتند. (۱۶۸ نفر٪۴۱/۷) از افراد مورد مطالعه تک فرزند، (۱۷۳ نفر٪۴۲/۹) دارای دو فرزند و (۴۵ نفر٪۱۱/۲) دارای سه فرزند بودند و (۱۷ نفر٪۴/۲) از پاسخگویان بیشتر از ۳ فرزند داشتند. از نظر محل زایمان قبلی اکثر افراد (۳۶۷ نفر٪۹۱/۱) در بیمارستان دولتی، (۲۸ نفر٪۶/۹) در بیمارستان خصوصی و (۸ نفر٪۰/۲) در منزل زایمان کرده بودند. از نظر فراوانی عوارض مامایی، خونریزی با (۳۴/۳٪)، فشارخون با (۴۴/۲٪) و زایمان زودرس با (۸/۲٪) بیشترین فراوانی را داشتند.

نوع زایمان در (۲۸۰ نفر٪۲۱/۲) از مادران، قبل از مراجعه به بیمارستان و در (۱۱۳ نفر٪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 ($p > 0/05$).

بین تعداد زایمان و نوع زایمان رابطه معنی داری ($p = 0/024$). 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 ($p = 0/010$), سابقه سزارین سقط جنین ($p = 0/047$), سابقه سزارین قبلي ($p < 0/001$), سابقه ابتلا به بیماری یا جراحی در آخرين حاملگي ($p = 0/006$), توصیه دوستان به سزارین ($p < 0/001$), سزارین دوستان در آخرين زایمان ($p = 0/008$), توصیه همسر ($p < 0/001$), توصیه مادر و خانواده مادری به انجام سزارین ($p < 0/001$), توصیه پزشک ($p < 0/001$), توصیه ماما برای زایمان ($p < 0/001$) و فاصله زمانی از آخرين بارداری ($p = 0/001$) با نوع زایمان وجود داشت ($p < 0/001$) (جدول ۱ و ۲). کسانی که سابقه سزارین قبلی، سقط، مرده زایی و ابتلا به بیماری یا جراحی داشتند، شیوع سزارین در آنها بالاتر بود. ضمناً توصیه دوستان و اعضای تیم سلامت به انتخاب روش سزارین تاثیر مستقیمی بر انتخاب روش انتخابی جهت ختم بارداری داشت.

محل خدمت، فرم جمع‌آوری داده‌ها مشتمل بر ۹ سؤال فردی و ۳۷ سؤال اختصاصی (۹ سؤال در خصوص شرایط زایمان‌های قبلی شامل: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد فرزندان زنده، سابقه سقوط و مرده زایی، سابقه حاملگی خارج رحمی، سابقه دوقلو زایی، سابقه سزارین، سابقه زایمان زودرس و سابقه نازایی قبل از آخرين زایمان و ۱۵ سؤال مربوط به اطلاعات آخرين 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 سؤال مخصوص زنانی بود که در آخرين 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 ۴۷ نفر 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 معنی داری در کلیه آزمون‌ها $0/05$ می‌باشد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه و سن آنان در آخرين بارداری به ترتیب $37/62 \pm 37/38$ و $29/13 \pm 4/69$ بود. میانگین تعداد بارداری $1/09 \pm 2/08$ و میانگین تعداد زایمان $1/187 \pm 0/96$ از افراد در زایمان‌های قبلی سابقه سزارین داشتند. روش زایمان در آخرين بارداری در $42/2\%$ طبیعی و در $57/8\%$ سزارین بود (جدول ۱).

پرستاران با (۹۲ نفر٪۲۲/۸)، به‌ورزان با (۶۵ نفر٪۱۷/۹) و رسته اداری با (۶۵ نفر٪۱۳/۹)

جدول ۲: بررسی ارتباط برخی از متغیرهای مورد مطالعه با روش زایمان

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

هم خوانی ندارد(۱۵). نتایج برخی از مطالعات در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی تهران (۰/۶۶/۵٪) و شیراز(۰/۶۶/۴٪) آمار بالاتر از ۵/۵ درصد را گزارش نموده‌اند (۱، ۳، ۱۱ و ۷). پژوهش دیگری در یک مرکز درمانی تهران بین سال‌های ۱۳۷۹ تا سال ۱۳۸۷ حاکی از رشد آمار سازارین از ۰/۵۶/۲٪ به ۰/۸۸٪ است که بیشتر از یافته‌های ماست(۸). در سایر مطالعات انجام شده، نرخ سازارین در شهر کرد (۰/۴۴/۶٪)، یاسوج (۰/۲۶٪)، تهران (۰/۵۲/۱٪) و دامغان (۰/۵۱/۷٪) گزارش گردیده است (۶، ۱۰، ۲۳ و ۲۴). تحقیقات قبلی انجام شده در شاهروod در سال ۱۳۷۸ و ۱۳۸۹ میزان سازارین را به ترتیب ۰/۶۸٪ و ۰/۵۰٪ گزارش نموده است (۱۲ و ۱۳). نتایج این مطالعه بالاتر از نرخ سازارین در آمریکا، کانادا، استرالیا، ایرلند، دانمارک و چین است (۵، ۲۰-۱۸). میانگین شیوع سازارین در ارائه دهنده‌گان خدمات سلامت بالاتر از مطالعات فوق و

۰/۲۷/۵٪ از افراد در زایمان‌های قبلی سابقه سازارین داشتند. در آخرین بارداری، ۰/۵۷/۸٪ ارائه دهنده‌گان خدمات بهداشتی درمانی به روش سازارین 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 سازارین، 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 معنی داری وجود داشت.

در پژوهشی با عنوان شیوع سازارین در زنان تحصیلکرده گروه علوم پزشکی در شهر گرگان شیوع سازارین ۰/۴۹/۸٪ عنوان شد، که با نتایج اخیر

بحث

روسته شغلی و سازارین رابطه معنی داری مشاهده نگردید که با نتایج تابنده هم خوانی ندارد(۱۵). در تحقیق حاضر درصد سازارین در بین افراد تحصیلکرده بالاتر بود ولی اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنی دار نبود. سایر مطالعات به وجود ارتباط بین تحصیلات و زایمان سازارین اشاره نموده و بیان نموده‌اند که شیوع سازارین در افراد تحصیلکرده بیشتر بوده است(۱،۶،۱۵). بالاتر بودن آمار سازارین در افراد با تحصیلات بالاتر در همه مطالعات فوق شبیه یافته‌های پژوهش اخیر بوده ولی وجود ارتباط معنی دار بین زایمان سازارین با تحصیلات در مطالعات اشاره شده‌ها نتایج اخیر هم خوانی ندارد(۱،۶،۷ و ۱۵). شاید بتوان اذعان نمود که صرفه نظر از تحصیلات، نگرش نادرست افراد نیز می‌تواند 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 سازارین بین افراد شاغل، تحصیلکرده و دارای وضعیت اقتصادی بهتر را بیشتر از سایر گروه‌ها عنوان نموده که با نتایج اخیر هم خوانی دارد (۱،۳،۶ و ۲۵). وجود پوشش‌های بیمه‌ای، بیمه‌های تکمیلی و تقبیل هزینه‌ها از سوی سازمان‌های بیمه گر بدون توجه به علت انتخاب روش زایمان می‌تواند یکی از دلایل اصلی انتخاب روش سازارین علی‌رغم 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 سازارین در جامعه کمک نماید.

نتیجه گیری

شیوع زایمان طبیعی در ارائه دهنده‌گان 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 سازارین زنان شاغل دانشگاه که بالاتر از شاخص‌های

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.

درصد افراد دارای سابقه سازارین قبلی به روش سازارین در آخرین بارداری زایمان نموده بودند. در مطالعه‌های رویزنان شاغل دانشگاه علوم پزشکی گرگان نتایج مشابهی (۹۷٪) گزارش شده که با نتایج حاضر کاملاً هم خوانی دارد(۱۵). در تحقیق دیگری ۷۳/۵ درصدو در مطالعه محمدبیگی ۳۵/۵ افراد دارای سابقه سازارین در زایمان قبلی به روش سازارین زایمان نموده بودند که با نتایج ما هم خوانی ندارد(۱۶). محمد بیگی در مطالعه خود مهم ترین علت را سابقه سازارین قبلی مطرح می‌کند که با نتایج مطالعه ما هم خوانی دارد(۱). بر اساس متون علمی سابقه سازارین قبلی نمی‌تواند علتی برای انجام این عمل در زایمان‌های بعدی باشد.

بین سابقه سقط با انتخاب سازارین رابطه معنی داری مشاهده شد که با نتایج مطالعه انجام گرفته در چین هم خوانی دارد (۲۰). سقط جنین در حاملگی قبلی سبب افزایش اضطراب و ترس در زنان گردیده که می‌تواند یکی از دلایل انتخاب سازارین به عنوان روش ختم زایمان در بارداری‌های بعدی باشد.

در پژوهش حاضر ۷۲/۱ درصد مادران، علت سازارین را توصیه پزشک و شرایط خاص پزشکی و پس از آن عدم احساس درد و نگرانی از آسیب دیدن کanal زایمانی عنوان نموده اند. بالاتر بودن درصد فراوانی توصیه پزشک با نتایج سایر مطالعات هم خوانی دارد(۱۵ و ۷). در مطالعه انجام شده در مناطق روسیایی چین نیمی از افراد به توصیه پزشک سازارین 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 سازارین در مشاغل بهداشتی درمانی و اداری مالی نسبت به سایر گروه‌ها بیشتر بود ولی بین

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. Cesarean 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 Haghghi 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*

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 دهنده‌گان در این زمینه می‌تواند یکی از دلایلی باشد که نتوانسته منجر به کاهش آمار سزارین در کشور گردد. نتایج زنگ خطری است برای سیاستگذاران نظام سلامت در دانشگاه علوم پزشکی شاهروд، دانشگاه‌های مشابه و وزارت بهداشت که در زمینه تغییر نگرش و بهبود عملکرد ارائه کننده‌گان 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 شاهروд مصوب دانشگاه علوم پزشکی شاهروド در سال ۹۰ به کد ۹۱۰۸۴ می باشد که با حمایت همان دانشگاه اجرا شده است. نویسنده‌گان مقاله از معاونت آموزشی پژوهشی دانشگاه و همکاران طرح، خانم‌ها فرشته طبیبی، زهرا حیدریور، آسیه منصوری، ناهید داوردوست، الهام صادقی، فربیبا امین‌هراتی، دکتر سیده رقیه میرمجدی، نازجمال قرنجیک، آزاده بزی، عفت عربپور، مرضیه ایری و آقای امین صدقی تقدیر و تشکر می نمایند.

منابع

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

- 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).

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.