

Cesarean Section on Maternal Request in Tehran 2010-2011: Incidence and Predisposing Factors

Shafiqeh Mohammaditabar¹,
Parvin Rahnama²,
Khadijeh Mohammadi³

¹ Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Midwifery, Faculty of Midwifery and Nursing, Shahed University

³ Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

(Received September 25, 2013; Accepted May 31, 2014)

Abstract

Background and purpose: Autonomy in making decision is one of the most fundamental principles of medical ethics. Respect for patient autonomy is a moral duty, therefore, many doctors agree to perform unnecessary cesarean. This study was designed to determine the incidence of maternal demands for cesarean sections and influential factors on making decision among pregnant women in Tehran, 2010-2011.

Material and Methods: This cross-sectional study was carried out in women attending some hospitals in Tehran for delivery. There were 850 pregnant women who delivered their babies through cesarean section. Data was analyzed using univariate logistic regression in SPSS.

Results: The prevalence of cesarean delivery on maternal request was 11.2%. The cause of cesarean among 82.3% was fear of vaginal childbirth. Pregnant women aged < 21 years old were 3.2 times more interested in having a cesarean section (OR=3.200, CI 95%=1.15-8.89), and those who had higher education were 18.5 times more likely to deliver their babies through cesarean (OR=18.5, CI95%=2.45-139.35). Performing cesarean on maternal request was found two times more in working women compared to housewives (OR=2.39, CI95%=1/45-3.93). Moreover, the employment status of husband (OR=6.037, CI95%=2.33-15.99), delivery in private hospital (OR=7.13, CI95%=4.08-12.44), and the idea of medical team (OR=45.89, CI95%=25.39-82.93) increased the probability of cesarean delivery.

Conclusion: The findings indicated several factors that influenced cesarean birth on maternal request. Social norms were found as the most influential factor, therefore, providing the society with more training and education is necessary in enhancing the public idea about unnecessary cesarean section.

Keywords: Maternal demand, predisposing factor, incidence, cesarean section

انتخاب سزارین بر اساس درخواست مادر: شیوع و عوامل مؤثر بر آن

شفیقه محمدی تبار^۱
پروین رهنما^۲
خدیدجه محمدی^۳

چکیده

سابقه و هدف: درخواست بیمار و مختار بودن وی در امر تصمیم‌گیری از اساسی‌ترین اصول اخلاق پزشکی و احترام به شخصیت و استقلال بیمار یک وظیفه اخلاقی است و با توجه به همین امر برخی پزشکان اقدام به سزارین را در موارد غیر ضروری و تنها بر اساس خواست بیمار جایز می‌دانند. هدف مطالعه حاضر تعیین میزان شیوع سزارین انتخابی و ارتباط آن با عوامل مؤثر در شهر تهران در سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۹ بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش مقطعی (cross-sectional) انجام شد و مطالعه بر روی کلیه زنان مراجعه‌کننده برای انجام زایمان به بیمارستان‌های منتخب شهر تهران انجام شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات بر ۸۵۰ زن باردار در شهر تهران در فاصله سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۰ که تحت عمل سزارین قرار گرفته بودند در شهر تهران در سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۹۰ انجام گردید. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی خوشه‌ای انجام شد. نرم افزار مورد استفاده SPSS بود و آنالیز آماری انجام شده رگرسیون لجستیک یک طرفه بود.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که میزان سزارین بر اساس درخواست مادر در بین گروه مورد مطالعه ۱۱/۲ درصد بوده و در ۸۲/۳ درصد علت آن ترس از زایمان طبیعی بوده است. هم‌چنین نتایج بیانگر آن بود که در مواردی که سن زن باردار کم تر از ۲۱ سال باشد، احتمال سزارین انتخابی ۳/۲ برابر (Odds ratio=۳/۲۰، CI 95%=۱/۱۵-۸/۸۹)، با افزایش سطح تحصیلات احتمال آن به میزان ۱۸/۵ برابر (Odds ratio=۱۸/۵۰، CI 95%=۲/۴۵-۱۳۹/۳۵) و احتمال درخواست مادر برای انجام سزارین در زنان شاغل به میزان ۲ برابر زنان حامله‌دار (Odds ratio=۲/۳۹، CI 95%=۱/۴۵-۳/۹۳) افزایش می‌یابد. نوع شغل همسر احتمال وقوع سزارین به درخواست مادر را تا ۶ برابر (Odds ratio=۶/۰۳۷، CI 95%=۲/۳۳-۱۵/۹۹)، احتمال مطرح شده را تا ۷ برابر (Odds ratio=۱۲/۴۴-۴۵/۸۹، CI 95%=۲۵/۳۹-۸۲/۹۳) و نظر مثبت گروه پزشکی، را تا ۴۵ برابر (Odds ratio=۷/۱۳، CI 95%=۴/۰۸-۱۲/۴۴) افزایش می‌دهد.

استنتاج: به نظر می‌رسد عوامل مختلفی بر درخواست مادر برای انجام سزارین اثر گذار است و با توجه به این که بر اساس نتایج مطالعه حاضر هنجارهای اجتماعی تأثیر به‌سزایی در انجام سزارین به درخواست مادر دارد بنا بر این ارتقاء آموزش در سطوح مختلف جامعه می‌تواند بسیار اثر گذار باشد.

واژه‌های کلیدی: تقاضای مادر، عوامل مؤثر، شیوع، سزارین

مقدمه

کیفیت زندگی یک زن به وسیله حاملگی و پیامد آن تحت تأثیر قرار می‌گیرد و تجارب منفی حاملگی و زایمان می‌تواند تأثیر قوی و طولانی بر سلامت کلی مادر داشته باشد (۱). یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیر گذار

مؤلف مسئول: پروین رهنما- تهران، تقاطع طالقانی ولی عصر، کوچه رحیم زاده، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد

E-mail: P_rahnama1381@yahoo.com

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد

۲. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد

۳. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد

تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۳/۱۰

تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۱۱/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۵

است (۱۲). ولی این امر توسط محققین زیادی بیان گردیده که خواست مادران به طور معنی داری بر افزایش میزان شیوع سزارین تأثیر می‌گذارد (۱۱). به نحوی که درخواست مادر برای سزارین انتخابی در مواقعی که اندیکاسیون طبی یا مامایی وجود ندارد، به لیست اندیکاسیون‌های سزارین افزوده شده است (۱۳، ۱۴). نتایج مطالعه انجام شده در تهران در بین ۸۲۴ زن حامله انجام شده بود، بیانگر آن بود که ۷۲ درصد از سزارین‌ها به صورت سزارین انتخابی بوده است که ۲۲ درصد از این سزارین‌ها طبق درخواست مادر انجام گرفته است. نتایج به دست آمده در رابطه با علل درخواست مادر برای انجام سزارین انتخابی نمایانگر آن هستند که بیش تر مادران (۷۱ درصد) به دلایل غیر موجه در خواست سزارین می‌نمایند (۱۵).

در نظر عموم مردم و در متون پزشکی، درخواست مادر به عنوان یکی از حقوق اساسی مادر در نظر گرفته می‌شود، به شرطی که مادر کاملاً از خطرات آن آگاه باشد. با کاهش خطر زایمان سزارین و با افزایش احتمال مرده زایی از هفته ۳۷ بارداری، حمایت از این دیدگاه افزایش یافته است (۱۶). یکی از دلایل مطرح شده هنجارهای اجتماعی یا باور فرد در ارتباط با این موضوع است که آیا افرادی که نظرشان برای فرد مهم است، رفتار مورد نظر که در این مطالعه انجام زایمان طبیعی یا سزارین می‌باشد را تأیید می‌کنند (۱۷). این مسأله که چه زمانی انجام سزارین به زن باردار پیشنهاد شود، مشکلی اخلاقی است که متخصصان مامایی مکرراً با آن مواجه می‌شوند. از دیدگاه اخلاقی، باید به خودمختاری بیمار احترام گذاشته شده و انتخاب آگاهانه، محفوظ باشد (۱۸).

اصل خودمختاری پزشک را ملزم می‌سازد ارزش‌ها و باورهای زن باردار را بپذیرد، ادراکات وی را استنباط کند و مطابق این ارزش‌ها عمل کند مگر این که دلیلی برای عمل بر خلاف آن وجود داشته باشد. اصل خودمختاری معمولاً به این صورت تعبیر می‌شود

بر تجارب مادران، تجربه آن‌ها از روش زایمان می‌باشد. انجام زایمان به روش سزارین برای حفظ جان مادر در مواردی ضروری و لازم است ولی میزان آن به شکل نگران‌کننده‌ای از دهه ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ افزایش یافته است (۲). کوشش‌های بسیاری در جهت کاهش مرگ و میر و صدمات و عوارض ناشی از سزارین صورت گرفته است ولی علی‌رغم این تلاش‌ها هنوز هم مرگ و میر به دنبال سزارین نسبت به زایمان طبیعی چندین برابر است (۳، ۴) و میزان بروز عوارض مادری از جمله عفونت، خونریزی، تزریق خون، احتمال برداشتن رحم، آمبولی، صدمه به اعضای دیگر، عوارض بیهوشی و عوارض روانی و هم چنین خطر بروز وجود آمدن جفت سر راهی در حاملگی‌های بعدی، میزان ناباروری، حاملگی خارج رحمی را افزایش می‌دهد (۴، ۵).

در صورتی که علی‌رغم پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی برای رسیدن به نرخ ۱۵ درصد سزارین تا سال ۲۰۱۰، میزان آن هم‌چنان نرخ فزاینده‌ای دارد (۶). به طوری که به بیش از ۳۰ درصد تولدها رسیده است (۷، ۸). نتایج مطالعات در ایران بیانگر آن است که در اوایل دهه ۸۰ شیوع زایمان سزارین، در زنان نخست‌زا ۲۶/۸ درصد و در زنان چندزا ۲۵/۵ درصد، برآورد شد که بیش‌ترین میزان در بیمارستان‌های غیر دولتی به میزان ۸۷ درصد و در بیمارستان‌های دولتی به میزان ۳۹ تا ۳۹ درصد متغیر بود (۹). طبق بررسی‌های وزارت بهداشت و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۴، ۴۰/۶ درصد زایمان‌ها در کشور به طریق سزارین انجام شده است (۱۰) که این میزان ۴ تا ۳ برابر میزان مورد قبول سازمان بهداشت جهانی می‌باشد. ولی به طور کلی وجود این افزایش هیچ بهبودی در میزان مرگ و میر و عوارض زایمانی نداشته است (۱۱) و بیش‌ترین افزایش آن مربوط به علل غیر طبی و درخواست مادران می‌باشد و تعداد زیادی از خانم‌های باردار تمایل به سزارین داشته و خواست خود را بر این امر اعلام می‌دارند. گرچه ارزیابی شیوع درخواست مادران برای سزارین مشکل

دست آمد. این مطالعه در فاصله سال های ۸۹ تا ۹۰ انجام شد. مناطق تهران از نظر جغرافیایی به پنج منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم بندی شد و در هر منطقه بیمارستان های خصوصی و دولتی (دولتی و خیریه) آن تعیین گردید و سپس از بین بیمارستان های هر منطقه به طور تصادفی بیمارستان مورد مطالعه به نسبت خصوصی و دولتی بودن آن ها انتخاب شدند و به نسبت تعداد وقوع سزارین در بیمارستان مورد نظر، تعداد نمونه از آن بیمارستان تعیین و نمونه گیری از یک مقطع زمانی خاصی شروع و کلیه موارد انجام شده در آن مقطع خاص تا مرحله ای که تعداد نمونه مورد نظر در بیمارستان مذکور به دست بیاید، ادامه می یافت. در این مطالعه کلیه افراد مراجعه کننده به بیمارستان جهت انجام زایمان مورد بررسی قرار می گرفتند و افرادی که زایمان آن ها از طریق طبیعی انجام می گردید، از مطالعه حذف می شدند. در ابتدا به کلیه مشارکت کنندگان توضیحاتی در ارتباط با طرح پژوهشی ارائه می شد و رضایت نامه شفاهی از آن ها کسب می گردید و پرسشنامه توسط مصاحبه تکمیل گردید.

پرسشنامه مورد استفاده، پژوهشگر ساخته و بر اساس مطالعات قبلی تدوین شده بود (۱۴-۱۲). بخش اول آن شامل مشخصات جمعیت شناختی و باروری فرد و بخش دوم آن شامل سوالات مربوط به علل انجام سزارین (۱۴-۱۲) و عوامل موثر بر انتخاب سزارین بود که به طریقه مصاحبه حضوری تکمیل شد. جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از اعتبار محتوا استفاده شد و به منظور تعیین روایی محتوایی آزمون از قضاوت متخصصان در این باره که سوال های آزمون تا چه میزانی معرف محتوا و هدف های تحقیق هستند، استفاده گردید. بنابراین پرسشنامه تدوین شده در اختیار ۱۰ نفر از ماماها و متخصصین زنان که هم تجربه های تحقیقاتی داشته و هم چنین در بیمارستان ها در بخش زایمان دارای فعالیت بودند قرار گرفت و از آن ها درخواست شد دیدگاه های اصلاحی خود را در مورد پرسشنامه ارائه نمایند. سپس

که بیمار حق امتناع از یک مداخله خاص را دارد و نه درخواست مداخله ای خطرناک یا بیهوده آیا زایمان سزارین برنامه ریزی شده و بدون اندیکاسیون طبی، خطرناک، آسیب زننده، و بی فایده است.

احتمالاً یکی از دلایل تقاضای مادر برای سزارین کنترل و رسیدگی بیش تر از جانب پرسنل درمانی می باشد و از طرف دیگر مشاهده می شود که خانم هایی که درخواست سزارین دارند سه برابر بیش از دیگر خانم ها تصور می کنند که پیامدهای سزارین برای خود و نوزادانشان بهتر خواهد بود (۱۲). توافقی کلی وجود دارد که به زن باردار باید در مورد شیوه اداره زایمان و پیامدهای انتخاب های مختلف، اطلاعات کافی داده شود اگر چه چنین دیدگاه های متضاد در مورد خودمختاری مورد تردید قرار می گیرد و برحسب این که به خودمختاری به عنوان یک حق مثبت یا منفی نگریسته شود، نتایج مختلفی حاصل خواهد شد. یک دیدگاه مورد پذیرش کلی وجود دارد که قانون نیز آن را تأیید می کند: این که تمایل زن باردار به عدم مداخله، از سایر ملاحظات مهم تر است اما در خواست برای مداخله، بحث بر انگیز است. هنگامی که پزشک با درخواست زن باردار برای انجام سزارین مواجه می شود، پزشک باید اطلاعات کافی به وی ارائه دهد تا هم خودمختاری فرد حفظ شود و هم پزشک به وظایف خود به منظور حفظ سلامت فرد عمل کرده باشد (۱۹). هدف از این مطالعه تعیین ارتباط میان عوامل موثر بر درخواست مادر برای ختم حاملگی به روش سزارین می باشد.

مواد و روش ها

تحقیق با طراحی توصیفی از نوع مقطعی (cross sectional) انجام شده است. تعداد نمونه بر اساس نتایج مطالعه مقدماتی اولیه که بر روی ۲۰ نفر از افرادی که روش زایمان آن ها سزارین بود با اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۰/۰۳ با استفاده از فرمول $x = \frac{z^2 P Q}{d^2}$ به

اصلاحات خواسته شده، برای رسیدن به روایی مطلوب در پرسشنامه اعمال گردید و مورد تأیید نهایی قرار گرفت. به منظور حصول اعتماد از آزمون test retest استفاده گردید ($t=0/92$). اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS با ویراست ۱۱/۵ بررسی شد و آزمون‌های آماری آنالیز رگرسیون تک متغیره به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده واقع گردید.

یافته‌ها

تحقیق حاضر بر روی ۸۵۰ خانم که سزارین شده بودند انجام گرفت و سن مادران مورد مطالعه 27 ± 5 بود. ۷۱۰ (۸۴/۸ درصد) نفر از مادران، خانه دار و ۱۲۷ (۱۵/۱ درصد) نفر شاغل بودند. سطح تحصیلات ۱۰۴ (۱۲/۴ درصد) نفر از مادران، کم‌تر از راهنمایی و ۵۸۰ (۶۹/۴ درصد) نفر راهنمایی و دبیرستان و بقیه بالاتر از دیپلم بود. ۴۶۱ (۵۴/۳ درصد) نفر در بیمارستان دولتی و ۳۸۷ (۴۵/۶ درصد) نفر در بیمارستان خصوصی سزارین شده بودند. از بین مادران ۳۸۶ (۴۵/۸ درصد) نفر یک بارداری و ۴۵۶ (۵۴/۲ درصد) نفر بیش از یک بارداری داشتند. به طور کلی از نظر مادران تصمیم‌گیرنده نهایی جهت روش زایمان در ۶۹۷ (۸۲ درصد) نفر گروه پزشکی بوده است و ۲۰ (۲/۴ درصد) نفر همسر و ۴ (۰/۵ درصد) نفر اطرافیان و ۱۲۹ (۱۵/۲ درصد) نفر خودشان را تصمیم‌گیرنده نهایی می‌دانستند.

نتایج مطالعه نشان داد که میزان سزارین بر اساس درخواست مادر در بین گروه مورد مطالعه ۱۱/۲ درصد بوده و در ۸۲/۳ درصد، علت آن ترس از زایمان طبیعی بوده است (جدول شماره ۱). هم‌چنین نتایج بیانگر آن بود در مواردی که سن زن باردار کم‌تر از ۲۱ سال باشد، احتمال سزارین انتخابی ۳/۲ برابر بیش از سایر موارد است $Odds = 3/200, CI 95\% = 1/15 - 8/89$. هم‌چنین با افزایش سطح تحصیلات احتمال وقوع سزارین انتخابی به میزان ۱۸/۵ برابر افزایش می‌یابد $Odds = 18/50, CI 95\% = 2/45 - 139/35$.

هم‌چنین شاغل بودن مادر منجر به افزایش درخواست سزارین به میزان ۲ برابر افراد غیر شاغل می‌شود $Odds = 2/39, CI 95\% = (1/45 - 3/93)$. در زنانی که همسران آن‌ها کارمند بودند نیز احتمال وقوع سزارین به درخواست مادر را تا ۶ برابر افزایش داشت $Odds = 6/037, CI 95\% = (2/33 - 15/99)$. وقوع انجام سزارین با درخواست مادر در بیمارستان خصوصی تا ۷ برابر نسبت به بیمارستان دولتی بیشتر بوده است $Odds = 7/13, CI 95\% = (4/08 - 12/44)$. باورهای هنجاری احتمال درخواست مادر برای انجام سزارین توسط گروه پزشکی نسبت به سایر افرادی که برای فرد مهم بوده و در این مطالعه به صورت غیره مطرح شده‌اند، تا ۴۵ برابر افزایش داشته است $Odds = 45/89, CI 95\% = (25/39 - 82/93)$ (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: علل تقاضای مادر برای انجام سزارین در شهر تهران در سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۹

درصد	تعداد	سزارین (تعداد=۸۵۰)
۱۱/۲	۹۵	سزارین بر اساس تقاضای مادر
۸۸/۸	۷۵۵	سزارین با علت مشخص
		دلایل مادران برای تقاضای سزارین (تعداد=۹۵)
۶۸/۴	۶۵	به علت ترس از درد
۸/۴	۸	به علت ترس از عوارض زایمانی
۲/۱	۲	به علت تجربیات بد
۲۱/۱	۲۰	غیره

بحث

در پژوهش حاضر میزان زایمان بنا به درخواست مادر ۱۱/۲ درصد می‌باشد که احتمال می‌رود میزان آن بیش از این میزان نیز باشد. نتایج مطالعه انجام شده در انگلستان بیانگر آن بود که اکثر متخصصین زنان آماده پاسخ‌گویی به تقاضای مادر جهت انجام سزارین بدون هیچ‌گونه اندیکاسیون طبی هستند (۲، ۲۰). گریس و همکاران با مرور مطالعات گزارش‌های ارائه شده تا قبل از ۱۹۹۹ بیان می‌کنند که دلیل سزارین بدون علل طبی بین ۰/۳ تا ۰/۱۴ درصد متغیر بوده است و ارتباط آن را با عوامل روانی، عوامل اجتماعی و فرهنگی مطرح می‌نمایند (۱۱).

جدول شماره ۲: توزیع زنان مورد بررسی بر حسب علت انجام سزارین به تفکیک عوامل مرتبط (تعداد=۸۵۰)

سن (سال)	سزارین بنا به تقاضای مادر (تعداد=۹۵)	سزارین با علت مشخص (تعداد=۷۵۵)	p-value	خطر نسبی ^۰	۹۵ درصد فاصله اطمینان
			۰/۰۰۶		
< ۲۱	(۷/۳)۷	(۵/۷)۴۲		۳/۲۰۰	(۱/۱۵۲-۸/۸۹۲)
۳۰-۲۱	(۸۲/۱)۷۸	(۶۴/۸)۵۰۷		۲/۸	(۱/۴۳۸-۵/۶۰۹)
> ۳۰	(۱۰/۵)۱۰	(۲۵/۹)۱۹۲		۱/۰ (ref.)	
			۰/۰۰۱		
تحصیلات					
۰-۵	(۱/۱)۱	(۱۳/۹)۱۰۳		۱/۰ (ref.)	
۶-۱۱	(۷۴/۷)۷۱	(۶۸/۸)۵۰۹		۱۴/۳۶۷	(۱/۹۷۴-۱۰۴/۵۸۶)
≥ ۱۲	(۲۴/۲)۲۳	(۱۷/۳)۱۲۸		۱۸/۵۰۸	(۲/۴۵۸-۱۳۹/۳۵۰)
			۰/۰۰۱		
وضعیت اشتغال مادر					
خانه دار	(۷۲/۶)۶۹	(۸۶/۴)۶۴۱		۱/۰ (ref.)	
شاغل	(۲۷/۴)۲۶	(۱۳/۶)۱۰۱		۲/۳۹۱	(۱/۴۵۴-۳/۹۳۳)
			۰/۰۰۱		
شغل همسر					
کارگر	(۵/۲)۵	(۲۰/۱)۱۴۲		۱/۰ (ref.)	
شغل آزاد	(۳۸/۹)۳۷	(۵۰/۶)۳۵۸		۲/۹۳	(۱/۱۳۱-۷/۶۱۹)
کارمند	(۵۵/۳)۵۳	(۲۹/۳)۲۰۷		۶/۰۳۷	(۲/۳۳۶-۱۵/۵۹۹)
			۰/۰۰۱		
بیمارستان					
دولتی	(۱۶/۸)۱۶	(۵۹/۱)۴۴۵		۱/۰ (ref.)	
خصوصی	(۸۳/۲)۷۹	(۴۰/۹)۳۰۸		۷/۱۳۷	۴/۰۸۹-۱۲/۴۴۷
			۰/۰۰۱		
تصمیم گیرنده نهایی از نظر مادر					
پزشک	(۱۶/۹)۱۶	(۹۰/۴)۶۵۹		۱/۰ (ref.)	
غیره	(۸۳/۱)۷۹	(۹/۶)۷۰		۴۵/۸۹۵	(۲۵/۳۹۹-۸۲/۹۳۰)

سزارین داشتند. هم‌چنین زنانی که زایمان آن‌ها در بیمارستان‌های خصوصی انجام شده است تمایل بیش تری برای انجام زایمان به روش سزارین داشته‌اند. مطالعات اپیدمیولوژیک در بزریل و شیلی هم به نتایج مشابه ما دست یافته‌اند و آن‌ها نیز شرح داده‌اند که میزان سزارین در بین زن‌هایی که تحصیلات بالا و درآمد بالاتری دارند و در بیمارستان‌های خصوصی زایمان کرده‌اند بیش تر بوده است (۲۱).

Tang و همکاران نیز گزارش کردند که میزان افزایش سزارین به شکل تصادفی باری افزایش یافته است که بیش تر به علت‌های غیر طبی و بیش ترین افزایش آن مربوط به علل اجتماعی و فاکتورهای اقتصادی است که نقش مهمی در افزایش سریع این شیوع دارند (۲۲). از معمول‌ترین دلایل مطرح شده توسط زنانی که سزارین بدون دلیل طبی انجام داده بودند، ترس از درد زایمان بود (۸۲/۳ درصد) و ۱۰/۱ درصد ترس از عوارض و ۲/۵ درصد تجربه تلخ گذشته را بیان داشته‌اند. مطالعه انجام

بر اساس مطالعه انجام شده در ایران در سال ۱۳۸۴، ۲۲ درصد از سزارین‌ها طبق درخواست مادر انجام گرفته است و از آنجایی که عوامل زیادی بر درخواست مادران برای سزارین نقش دارد لذا ارزیابی شیوع درخواست مادران برای سزارین مشکل است (۱۵).

از آنجایی که هزینه سزارین نسبت به زایمان طبیعی هم در بیمارستان‌های دولتی و هم در بیمارستان‌های خصوصی بیش تر است لذا یکی از عواملی که می‌تواند منجر به درخواست مادر برای انجام سزارین باشد، شرایط اقتصادی خانواده می‌باشد، که می‌تواند سبب پنهان کردن علت اصلی باشد. نتایج مطالعات بیانگر آن است که ارزیابی دقیق هزینه‌ها نشان می‌دهد که زنان درخواست خود برای انجام زایمان سزارین را به دلایل اقتصادی را انکار می‌کنند و در هنگام تدوین استانداردهای مراقبتی، باید این مسئله را در نظر داشت (۱۸). مطالعه حاضر نشان داد خانم‌هایی که تحصیلات بالاتر از راهنمایی داشته‌اند، بیش تر تمایل به

شده در نیجریه نیز بیانگر آن است که در ۶۰/۱ درصد موارد ترس از درد زایمان از دلایل درخواست مادران برای سزارین است (۲۳). نتایج مطالعه Annika و همکاران نیز گرچه بیانگر آن است که از قوی ترین دلایل درخواست سزارین ترس بوده است اما در ۴۱ درصد از زنانی که درخواست سزارین را می نمایند، فکر می کردند راحت ترین روش برای زایمان، سزارین می باشد. هم چنین از دلایل احتمالی مطرح شده دیگر توسط آن ها می تواند تصور دریافت مراقبت های بیش تر توسط پرسنل بهداشتی در روش سزارین باشد که می تواند بر سلامت آن ها و نوزادانشان اثر گذار باشد (۱۲). مطالعه حاضر نشان می دهد اگر چه اکثریت مادران نظر و تصمیم پزشک را ارجح بر تصمیم خود می دانند ولی در مواردی که درخواست ختم حاملگی به دلیل سزارین را دارند، نظر سایر افراد دخالت دارد. به دلیل ابهاماتی که وجود دارد سایر مطالعات در این زمینه نیز بر این مهم که درخواست انجام سزارین مستقیماً توسط مادران بوده یا بنا بر پیشنهاد پزشک یا پرسنل بهداشتی انجام شده است را مورد بررسی قرار داده اند (۲۴). ولی نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که زنان باردار تصمیم گیری در ارتباط با زایمان توسط زنان باردار صورت می گیرد ولی از آن جایی که پرسنل بهداشتی بیش ترین اثر را در تصمیم گیری آن ها داشته اند لذا تمایل دارند اطلاعات مورد نیاز خود را از پرسنل پزشکی دریافت دارند و سایر مطالعات نیز بر این مهم تأکید دارند که اغلب آن ها تمایل به قبول مستقیم تصمیم گیری در مورد نوع زایمان خود ندارند (۲۵). احتیاجات مادران برای دریافت اطلاعات و همین طور میل آن ها برای تصمیم گیری جهت انتخاب نوع زایمان متفاوت می باشد و باید مراقبین بهداشتی با توجه به این تفاوت ها پاسخ گو باشند (۲۶). البته پذیرش زایمان سزارین طبق درخواست مادر، همواره باید به عنوان استثنا و بر اساس شرایط فردی خاص، در نظر گرفته شود. بحث در مورد شیوه ی زایمان باید از اوایل

بارداری آغاز شود، تا زمان کافی برای گوش دادن و مشاوره وجود داشته باشد (۲۷). گرچه رعایت خودمختاری بیمار مستلزم احترام کامل به بیمار و نگرش وی به جهان در هنگام اخذ تصمیمات پزشکی است و اصل خودمختاری پزشک را ملزم می سازد ارزش ها و باورهای زن باردار را بپذیرد، ادراکات وی را استنباط کند، و مطابق این ارزش ها عمل کند (۲۸). ولی با توجه به خطرات بالقوه سزارین و این که اصل خودمختاری معمولاً به این صورت تعبیر می شود که بیمار حق امتناع از یک مداخله خاص را دارد و نه درخواست مداخله ای خطرناک یا بیهوده (۲۸)، در حال حاضر کالج آمریکایی متخصصان مامی و ژنیکولوژی the American college of obstetrician and gynecologists عقیده دارد در صورت درخواست مادر برای زایمان به شیوه ی جراحی باید این مسئله به دقت بین وی و پزشک و به صورت فرد به فرد مورد بحث قرار گرفته و چهار عنصر اصلی کاربرد اخلاق پزشکی در عمل، شامل سود رسانی، ضرر نرساندن، خودمختاری بیمار (شامل رضایت آگاهانه و امتناع آگاهانه)، عدالت و صداقت، در نظر گرفته شوند و نهایتاً تصمیم مطابق با اصول اخلاقی گرفته شود. طبق توصیه این کالج نمی توان یکی از انواع زایمان را بر دیگری ترجیح داد و تازمانی که انتخاب مادر بر خلاف درمان طبق اصول اخلاق پزشکی نیست، باید به آن عمل کرد، البته توصیه های این کالج در تضاد با توصیه های سایر سازمان ها می باشد (۲۹). زنانی که تمایل به زایمان سزارین انتخابی دارند، باید از خطرات بالقوه این مداخله آگاهی یابند، اما این اطلاعات باید به عنوان یک عامل بالقوه ی تهدید کننده در دوره ی پره ناتال ارائه شود (۳۰).

در پایان می توان نتیجه گیری کرد که از آن جایی که عوامل متعددی بر تصمیم گیری زنان باردار به منظور ختم حاملگی مؤثر است لذا با توجه به نتایج مطالعه به نظر می رسد انجام مشاوره های تئوری محور که بتواند

سپاسگزاری

به این وسیله از تمامی کسانی که به نحوی ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند کمال تشکر را دارم. بالاخص تمامی نمونه های مورد بررسی که در واقع بدون همکاری آن ها تولید این مقاله مقدور نبود.

بر باور افراد جامعه و زنان باردار اثر گذار باشد و هم چنین ارائه روش هایی که ترس از درد زایمان را کاهش دهد نقش مؤثری بر کاهش سزارین انتخابی خواهد داشت.

References

- Henderson CH, Macdonald S. Mayes Midwifery: A Textbook for Midwives 13th ed: Michigan: Biliere Tindall, 2004.
- Gou H, Zhou X, Lis S. Analysis of social factors of pregnant women's cesarean section demands. *Zhonghua Yi Xue Zazhi* 2000; 80(9): 675-677.
- Emmett CL, Shaw AR, Montgomery AA, Murphy DJ. Women's experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks. *BJOG* 2006; 113(12): 1438-1445.
- Pallasmaa N, Ekblad U, Gissler M. Severe maternal morbidity and the mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87(6): 662-668.
- Minkoff H, Chervenak FA. Elective Primary Cesarean Delivery. *N Engl J Med* 2003; 348(10): 946-950.
- Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ* 2000; 321(7275): 1501-1505.
- Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, et al. Births: final data for 2005. *Natl Vital Stat Rep*. 2007; 56(6): 1-103.
- Menacker F, Curtin SC. Trends in cesarean birth and vaginal birth after previous cesarean 1991-99. *Natl Vital Stat Rep* 2001; 49(13): 1-16.
- Garmarody G, Eftekhari H, Batebi A. Study of predisposing factor for cesarean section in pregnant women, *Payesh*. 2002 1(2): 45-49 (Persian).
- Family health and population office of Ministry of health: new system monitoring and evaluation of fertility health. 2005.
- McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *BIRTH* 2007; 34(1): 65-79.
- Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. A comparative study of the experience of child birth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sex Reprod Healthc*. 2011; 2(3): 93-99.
- Angeja AC, Washington AE, Vargas JE, Gomes R, Rojas I, Caughey AB. Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why?. *BJOG* 2006; 113(11): 1253-1258.
- National institute of clinical excellence.: Clinical guideline 13 Caesarean section

- London:RCOG Press 2004.Available at:http://www.nice.org.uk Accessed jan30, 2008.
15. Mohammadian A, shariatmamak M, mahmoody M. The influence of maternal request on the elective cesarean section rate in maternity hospitals in Tehran Payesh 2003; 2:133-139.
 16. Bergholt T, Qstberg B, Legart J, Weber T. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83(3): 262-266.
 17. Young H M, Leirman L, Powell-Cope G, Kasprzyk D, Benoliel J Q. Operationalizing the theory of planned behavior. Res Nurs Health 1991; 14(2): 137-144.
 18. Tranquill AL, Giannubilo SR. Cesarean delivery on maternal request in Italy. Int J Gynecol Obstet 2004; 84(2):162-170.
 19. Kalish RB, Mc Cullough LB, Chervenak FA. Patient choice cesarean delivery: ethical issues. Obstet Gynecol 2008; 20:116-119.
 20. Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? Birth 2003; (30):89-93.
 21. Behague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. BMJ 2002; 324(7343):942-945.
 22. Tang s, lix, Wu Z. Rising cesarean delivery rate in primiparous women in urban china. evidence from three nationwide household health surveys. Am J Obstet Gynecol. 2006; 195 (6): 1527-1532.
 23. Okonkwo NS, Ojengbede OA, Morhason-bello IO, Adedokun BO. Maternal demand for cesarean section: perception and willingness to request by Nigerian antenatal clients. Int J women's health. 2012 ;4:141-148.
 24. Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery background, trends, and epidemiology. Semin Perinato 2006; 30(5): 235-241.
 25. Moffat MA, Bell JS, Porter MA, Lawton S, Hundley V, Dnielian P, et al. Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study, BJOG 2007; 114(1): 86-93.
 26. Graham WJ, Hundley V, McCheyne AL, Hall MH, Gurney E, Milne J. An investigation of women's involvement in the decision to deliver by caesarean section: Br J Obstet Gynaecol 1999 ; 106(3):213-220.
 27. Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, DaFre M, Cuttini M. Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principlist approach? BMC Med Ethics. 2008; 9:11.
 28. Minkoff H, Powderly KR, Chervenak F, McCullough LB. Ethical dimensions of elective primary cesarean delivery. Obstet Gynecol 2004; 103(2):387-392.
 29. Gossman GL, Joesch JM, Tanfer K. Trends in maternal request cesarean delivery from 1991 to 2004. Obstet Gynecol 2006; 108(6): 1506-1509.
 30. Armson BA. Is planned cesarean childbirth a safe alternative? CMAJ 2007; 176(4):475-476.