

مقاله اصیل	سلامت اجتماعی مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت	دوره ۴، شماره ۱، زمستان ۱۳۹۵، صفحات ۶۷ تا ۷۵ http://ch.sbm.ac.ir
---------------	--	---

تأثیر عوامل اجتماعی اقتصادی بر گرایش به سزارین در زنان باردار مراجعه کننده به مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) تهران در سال ۱۳۹۴

رحمان نصرالهی^۱، ساره دانشگر^۲، مهناز افشاری^{۳*}، رسول کرانی بهادر^۴، سعید رستم پور^۵، مریم رادین منش^۶

۱. کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. کارشناسی ارشد مدیریت مالی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. کارشناسی ارشد، اقتصاد بهداشت، دانشکده علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران
۴. دانشجوی دکتری سیاست گذاری سلامت، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۵. کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مراغه، مراغه، ایران
۶. کارشناسی ارشد مدیریت اجرایی، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مراغه
۷. دانشجوی دکتری، اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: مهناز افشاری، دانشکده علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران
m.afshari@mrgums.ac.ir

تاریخ پذیرش: آذر ۱۳۹۵

تاریخ دریافت: آبان ۱۳۹۵

نحوه استناد به این مقاله:

Nasrolahi R, Daneshgar S, Afshari M, Corani Bahador R, Rostampour S, Radinmanesh M. The Impact of Socioeconomic Factors on the Tendency to Cesarean in Pregnant Women Referred to Imam Khomeini Hospital Complex in Tehran in 2016. Community Health 2017;4(1):67-75.

چکیده

زمینه و هدف: گرایش زنان به انجام سزارین در سال های اخیر افزایش پیدا کرده و این در حالی است که آگاهی کافی از نحوه سزارین و عوارض آن وجود ندارد. هدف از این مطالعه تعیین عوامل اجتماعی اقتصادی مؤثر بر گرایش زنان به سزارین انتخابی مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) است.

روش و مواد: این مطالعه تحلیلی- مقطعی، با مشارکت ۳۰۰ نفر از زنان باردار در سه ماهه آخر بارداری مراجعه کننده به مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) در سال ۱۳۹۴ انجام شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه جمع آوری گردید. همچنین داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-18 و آزمون Chi-square و همبستگی تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: از بین افراد مورد مطالعه ۵۵ درصد گرایش به زایمان طبیعی، ۴۵ درصد گرایش به سزارین داشتند. از دلایل مهم گرایش به سزارین تشویق پزشک، توصیه اطرافیان، ترس و زیبایی مادر بود. ارتقای طبقه اقتصادی اجتماعی به طور خطی با افزایش گرایش به سزارین ارتباط داشت به طوری که در طبقه خیلی ضعیف ۵/۴ درصد، ضعیف ۸/۳ درصد، متوسط ۱۵/۵ درصد و خوب ۱۶/۲ درصد تمایل به سزارین داشتند ($P < 0.0001$).

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که با ارتقا سطح طبقه اقتصادی- اجتماعی، گرایش به سزارین افزایش می یابد. اما گرایش به سزارین در سطوح پایین جامعه نیز هم چنان بالاتر از میزان استاندارد جهانی می باشد و این امر هزینه زیادی به نظام سلامت تحمیل می کند.

واژگان کلیدی: وضعیت اجتماعی- اقتصادی، سزارین، گرایش به سزارین

مقدمه

در مقایسه با زایمان طبیعی با تحمیل هزینه بیشتر در

سیستم مراقبت سلامت همراه است. اگرچه سزارین

سزارین که یک روش زایمان در مامایی محسوب می شود،

می‌توان نام برد.

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش مادران باردار در جهت افزایش آگاهی آنان در زمینه زایمان طبیعی می‌تواند باعث کاهش سزارین‌های انتخابی گردد (۱۵ و ۱۶). همچنین مسایل اقتصادی و اجتماعی در تصمیم پزشک معالج نسبت به سزارین اهمیت ویژه‌ای دارد. انتخاب سزارین در مادرانی که از شرایط بهتر اقتصادی برخوردارند، بالاتر می‌باشد (۱۷). از آنجایی که عوامل مختلفی در انتخاب نوع زایمان از جمله فقدان آگاهی، نگرش منفی تأثیرگذار است (۱۲-۱۴) و همچنین با توجه به هزینه‌های بالای سزارین (۶) نسبت به زایمان طبیعی، و همچنین درصد بالای سزارین‌های انتخابی در کشور ضرورت پژوهش‌هایی جهت شناسایی علل این افزایش و یافتن راهکارهایی جهت کاهش آن وجود دارد. لذا مطالعه حاضر تعیین تأثیر عوامل اجتماعی اقتصادی بر گرایش به سزارین در زنان باردار مراجعه کننده به مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) تهران در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

روش و مواد

مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی می‌باشد که به صورت مقطعی در بیمارستان امام خمینی (ره) به منظور بررسی عوامل مؤثر بر گرایش به سزارین در زنان باردار انجام گرفته است. جامعه آماری مطالعه زنان باردار سه ماهه سوم بارداری مراجعه کننده به درمانگاه زنان مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی تهران در شش ماهه دوم ۱۳۹۴ بود. با توجه به مطالعات قبلی و آمارهای موجود، در حدود ۷۵ درصد از سزارین‌های انجام شده در کشور بدون اندیکاسیون طبی صورت می‌گیرد، لذا با توجه به فرمول زیر، حجم نمونه به اندازه ۳۰۰ نفر، با درجه اطمینان ۹۵ درصد و خطای نوع اول کمتر از ۵ درصد، تعیین شد. توزیع نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده صورت گرفت. در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۴ تعداد روزهای درمانگاه زایمان سه روز در هفته (روزهای زوج) یا به عبارت دیگر ۹۰ روز دایر بوده که با توجه به حجم نمونه تعیین شده روزی سه الی چهار پرسشنامه به صورت

جان مادران و نوزادان زیادی را نجات داده است، کماکان بهترین روش زایمان در اکثر زنان باردار، زایمان طبیعی می‌باشد (۱). زیرا در سزارین‌های غیرضروری عوارضی مانند خونریزی، عفونت زخم، آندومتريت، آمبولی ریه، آسپیراسیون، و مرگ و میر مادر و نوزاد در مقایسه با زایمان طبیعی بیشتر است (۲ و ۳). در اکثر مطالعات میزان سزارین در مادران فوت شده بیشتر از زایمان طبیعی گزارش شده است (۴ و ۵). علاوه بر این افزایش هزینه‌های هنگفت برای خانواده‌ها و نظام سلامت از دیگر پیامدهای سزارین‌های انتخابی می‌باشد (۶).

سزارین یکی از شاخص‌های بررسی عملکرد برنامه‌های سلامت مادران در کشورها می‌باشد به صورتی که افزایش غیرضروری سزارین، نشانه‌ای بر عملکرد نامناسب نظام سلامت آن کشور خواهد بود. سازمان جهانی بهداشت، ۵ تا ۱۵ درصد سزارین با اندیکاسیون‌های پزشکی را پیشنهاد داده است (۷)، در صورتی که برای کشوری مانند ایران، این میزان نه تنها بالاتر بوده (۴۰ تا ۶۰ درصد موارد) بلکه در اکثر موارد اندیکاسیون‌های پزشکی علت آن نبوده و ناآگاهی و نگرش‌های غلط مسبب انتخاب سزارین از سوی مادران می‌باشد (۸ و ۱). سزارین در ایران سه تا چهار برابر استاندارد جهانی می‌باشد و ۷۵ درصد سزارین‌های انجام شده در کشور بدون اندیکاسیون طبی و به درخواست مادر صورت می‌گیرد، این در حالی است که ۸۵ تا ۹۰ درصد این زایمان‌ها می‌تواند بدون هیچ مداخله درمانی و به صورت زایمان طبیعی انجام شود (۹ و ۱۰).

دلایل متعددی در افزایش شیوع سزارین نقش دارند، از آن جمله می‌توان دستیابی به فناوری‌های جدید و تکامل روش‌های جراحی و بیهوشی را نام برد (۱۱). از سوی دیگر گرایش به سزارین ریشه‌های فرهنگی، اجتماعی، روانی، اقتصادی و نژادی دارد (۱۲). از علل مهم گرایش زنان به سزارین، فقدان آگاهی نسبت به عوارض این جراحی، نگرش منفی به زایمان طبیعی و نسبت دادن عوارض نادرست به زایمان طبیعی (۱۳)، ترس از درد زیاد و طاقت فرسای زایمان طبیعی حساسیت زنان به ویژگی‌های اندام خود همچون کشورهای غربی و پیروی از مد (۱۴)، را

تصادفی ساده تکمیل گردید.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times (1-p)}{d^2} \rightarrow n = \frac{1.96^2 \times 0.75 \times (1-0.75)}{0.5^2} = 288$$

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته جمع‌آوری شد. برای تهیه روایی پرسشنامه ابتدا پرسشنامه اعتبار تنظیم و در اختیار تعدادی از صاحب‌نظران قرار گرفت و پس از استخراج نظرات ایشان پرسشنامه، اصلاح نهایی گردید. پایایی پرسشنامه با استفاده از test-retest تایید شد. به این‌صورت که پایایی آن توسط یک مطالعه پایلوت میان ۲۰ نفر از نمونه انتخابی با محاسبه آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱ مورد تأیید قرار گرفت. پرسشنامه دارای دو گروه سوال شامل شش سوال در مورد گرایش و بررسی آگاهی از پیامدهای سزارین و ۲۳ سوال در مورد پدران، مادران و کل خانوار بوده که به بررسی شرایط اقتصادی و اجتماعی می‌پردازد. همچنین، برای تعیین جایگاه اقتصادی اجتماعی هر یک از شرکت‌کنندگان از روش ترکیبی استفاده گردید و شاخص‌های سن بیمار، تحصیلات بیمار و همسر بیمار، شغل بیمار و همسر بیمار، میزان درآمد خانوار استفاده شد (۱۸-۱۹) با استفاده از میانگین‌های وزنی هر عامل و اوزان شاخص‌ها (۲۰-۲۱) طبقه اقتصادی اجتماعی تعیین و افراد در یکی از طبقات خیلی فقیر، فقیر، متوسط، خوب دسته‌بندی شدند. با وزن دادن به شاخص‌های تعیین کننده طبقه اجتماعی اقتصادی، نمونه مورد مطالعه به چهار طبقه خیلی ضعیف، ضعیف، متوسط و خوب تقسیم شد.

آزمودنی‌ها در زمینه چگونگی انجام، محرمانه بودن و هدف از انجام مطالعه توجیه شده و تمامی آنان با رضایت وارد مطالعه شدند. برای بررسی رابطه بین متغیرها از نرم افزار SPSS-18 استفاده شد. به طوری که به منظور تحلیل توصیفی داده‌ها از آمارهای فراوانی مطلق، فراوانی نسبی، میانگین و از آزمون آماری Chi-square و آزمون همبستگی برای سنجش ارتباط بین متغیرها استفاده گردید.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان در این مطالعه ۳۰۰ نفر بودند که در نهایت ۲۸۰ نفر با میزان پاسخ‌گویی ۹۳/۳ درصد

به پرسش‌ها پاسخ دادند. میانگین (انحراف‌معیار) سنی زنان باردار شرکت‌کننده در مطالعه در زمان مطالعه ۳۰/۱ (۶/۳) و میانگین (انحراف‌معیار) سنی آنها در زمان ازدواج ۲۲/۲ (۵/۱) بود. ۲۰۹ (۷۵/۲ درصد) نفر از افراد شرکت‌کننده در پژوهش تحصیلات دیپلم و پایین‌تر داشته و ۶۹ (۲۴/۸ درصد) نفر تحصیلات دانشگاهی داشته‌اند و همچنین ۲۱۶ (۷۷/۷ درصد) نفر همسران ایشان دیپلم و پایین‌تر از دیپلم بوده و تنها ۶۲ (۲۲/۳ درصد) نفر تحصیلات دانشگاهی داشته‌اند. ۲۳۷ (۸۵/۲ درصد) نفر از زنان باردار خانه‌دار بوده و تنها ۱۴/۸ درصد شاغل بودند. ۱۹۵ (۷۰/۲ درصد) نفر شغل همسران ایشان آزاد و کارگر، ۳۵ (۱۲/۷ درصد) نفر کارمند و ۱۸ (۱۰/۱ درصد) نفر دارای مشاغل حرفه‌ای نیازمند تحصیلات و تخصص بودند. ۲۱۶ (۷۷/۷ درصد) نفر از افراد شرکت‌کننده درآمد خانوار زیر یک میلیون و دویست هزار تومان و ۶۲ (۲۲/۳ درصد) نفر درآمدی بالای این میزان داشته‌اند.

از بین افراد مورد مطالعه ۱۵۳ (۵۵ درصد) نفر گرایش به زایمان طبیعی، ۱۲۵ (۴۵ درصد) نفر گرایش به سزارین داشتند. ۴۰ (۳۲ درصد) مورد از سزارین‌ها علل پزشکی داشته و بیشترین علل گرایش به سزارین که دارای اندیکاسیون پزشکی نبوده شامل تشویق پزشک، ترس از زایمان طبیعی و توصیه دیگر آشنایان که حداقل یک بار تجربه زایمان طبیعی داشته‌اند، می‌باشد (جدول شماره ۱).

بیشترین علل گرایش افراد به زایمان طبیعی، آگاهی از عوارض کمتر این نوع زایمان نسبت به سزارین و رضایت از زایمان طبیعی قبلی عنوان شده‌است (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی علل گرایش به سزارین

علت	تعداد	درصد
اندیکاسیون پزشکی (سن بالا، سزارین تکراری و ...)	۴۰	۳۲/۰
تشویق پزشک	۳۹	۳۱/۲
توصیه اطرافیان	۲۰	۱۶/۰
ترس از زایمان طبیعی	۲۰	۱۶/۰
زیبایی ظاهری	۶	۴/۸
جمع	۲۵	۱۰۰

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی علل گرایش به زایمان طبیعی

علت	تعداد	درصد
آگاهی از عوارض کم	۸۹	۵۸/۲
رضایت از زایمان طبیعی قبلی	۳۸	۲۴/۸
توصیه دیگران	۱۳	۸/۵
علل دیگر	۱۳	۸/۵
جمع	۱۵۳	۱۰۰

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که متغیرهای

جدول شماره ۳- انتخاب نوع زایمان بر حسب رده متغیرهای مربوط به ویژگی‌های فردی

متغیر	سطوح متغیر	نوع زایمان		آماره آزمون	P
		طبیعی (درصد) تعداد	سزارین (درصد) تعداد		
سن	زیر ۲۵	۲۸ (۵۷/۱)	۲۱ (۴۲/۹)	۰/۷۱۵	۰/۷
	۲۵ تا ۳۵	۹۰ (۵۶/۳)	۷۰ (۴۳/۷)		
	۳۵ تا ۴۵	۲۴ (۵۰/۰)	۲۴ (۵۰/۰)		
تحصیلات	بی سواد و زیر دیپلم	۵۶ (۵۰/۵)	۵۵ (۴۹/۵)	۵/۲۵۷	۰/۰۷
	دیپلم	۶۳ (۶۴/۳)	۳۵ (۳۵/۷)		
	تحصیلات دانشگاهی	۳۴ (۴۹/۳)	۳۵ (۵۰/۷)		
تحصیلات همسر	بی سواد و زیر دیپلم	۸۴ (۵۷/۵)	۶۲ (۴۲/۵)	۴/۳۷۲	۰/۱
	دیپلم	۴۲ (۶۰/۰)	۲۸ (۴۰/۰)		
	تحصیلات دانشگاهی	۲۷ (۴۳/۶)	۳۵ (۵۶/۴)		
شغل	خانه دار	۱۲۹ (۵۴/۴)	۱۰۸ (۴۵/۶)	۰/۳۶۰	۰/۸
	شغل آزاد	۷ (۵۳/۹)	۶ (۴۶/۱)		
	کارمند	۱۰ (۴۷/۶)	۱۱ (۵۲/۴)		
شغل همسر	آزاد و کارگر	۱۱۲ (۵۷/۴)	۸۳ (۴۲/۶)	۵/۰۱۹	۰/۰۸
	کارمند	۲۱ (۶۰/۰)	۱۴ (۴۰/۰)		
	دکتر، مهندس، استاد	۱۰ (۳۵/۷)	۱۸ (۶۴/۳)		
درآمد خانوار	۱ میلیون <	۲۵ (۳۲/۵)	۵۲ (۶۷/۵)	۳۶/۶۱	۰/۰۰۰
	۱ میلیون - ۲ میلیون	۱۰۱ (۷۲/۷)	۳۸ (۲۷/۳)		
	۲ میلیون >	۲۷ (۴۳/۶)	۳۵ (۵۶/۴)		

۱۷/۳، ۳۳/۵ و ۲۵/۹ درصد از واحدهای پژوهش قرار گرفتند.

قشر متوسط در این مطالعه بیشترین میزان را به خود اختصاص می‌دهد. با توجه به جدول شماره ۴ با ارتقای سطح اجتماعی اقتصادی گرایش به سزارین افزایش یافته و گرایش به زایمان طبیعی کاهش یافته است.

پس از بررسی متغیرها به صورت جداگانه، جهت بررسی اثر کلی عوامل اجتماعی- اقتصادی بر انتخاب نوع زایمان طبقه‌های اجتماعی اقتصادی ایجاد شد. با وزن دادن به شاخص‌های تعیین کننده طبقه اجتماعی- اقتصادی، نمونه مورد مطالعه به چهار طبقه خیلی ضعیف، ضعیف، متوسط و خوب تقسیم شده که به ترتیب در هر گروه ۲۷/۴،

جدول شماره ۴- ارتباط طبقه اقتصادی- اجتماعی با گرایش به سزارین در واحدهای پژوهش

طبقه اجتماعی اقتصادی	طبیعی		سزارین		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خیلی ضعیف	۵۱	۱۸/۴	۱۴	۵/۴	۶۵	۲۳/۴
ضعیف	۲۵	۹/۰	۲۳	۸/۳	۴۸	۱۷/۳
متوسط	۵۰	۱۸/۰	۴۳	۱۵/۵	۹۳	۳۳/۵
خوب	۲۷	۹/۷	۴۵	۱۶/۲	۷۲	۲۵/۹
جمع	۱۵۳	۵۵/۰	۱۲۵	۴۵/۰	۲۷۸	۱۰۰

آزمون Chi-square ارتباط معنی دار آماری بین طبقه اجتماعی و اقتصادی و گرایش به نوع زایمان را نشان می دهد ($P < ۰/۰۰۰۱$). پس از تعیین معنی داری آماری، تست همبستگی، ارتباط معنی دار ($P < ۰/۰۰۰۱$) با همبستگی ۰/۳۶۹ را نشان داد به این معنی که بین طبقه اجتماعی- اقتصادی و گرایش به نوع زایمان همبستگی مثبت وجود دارد.

بحث

مطالعه نشان داد که میانگین سنی افراد پاسخگو ۳۰/۱ بوده است. ۲۴/۸ درصد زنان تحصیلات دانشگاهی داشته و تنها ۲۲/۳ درصد از همسران آنها تحصیلات دانشگاهی داشته اند. تنها ۱۴/۸ درصد افراد، شاغل بودند. ۷۷/۷ درصد افراد شرکت کننده درآمد خانوار زیر یک میلیون و دویست هزار تومان داشته اند. از بین افراد مورد مطالعه ۵۵ درصد گرایش به زایمان طبیعی و ۴۵ درصد گرایش به سزارین داشتند. یافته های مطالعه نشان می دهد که با ارتقای سطح اجتماعی اقتصادی گرایش به سزارین افزایش یافته و گرایش به زایمان طبیعی کاهش یافته است.

مقایسه نتایج سایر مطالعات با نتایج این قسمت از مطالعه، نشان می دهد که بالاترین میزان گرایش به سزارین در کشورهای امریکا و کشورهای اروپای غربی و در حدود ۱۳ تا ۲۰ درصد گزارش شده است (۲۲ و ۲۳) و کمترین میزان گرایش به سزارین در کشورهایی مانند دانمارک و فنلاند، در حدود ۱/۱ تا

۲ درصد گزارش شده است (۲۴ و ۲۵). با توجه به اطلاعات به دست آمده از این مطالعات گرایش به سزارین در مطالعه حاضر بسیار بالاتر از مطالعات مشابه در جهان می باشد. در مطالعه موحد و همکاران (۲۶) گرایش به سزارین ۴۷/۲ درصد، در مطالعه آرام و همکاران ۴۳ درصد (۲۷)، در مطالعه فردی آذر و همکاران ۵۵ درصد (۲۸) و در مطالعه محمد پوراصل ۴۵/۶ درصد (۲۹) گزارش شده است. مطالعات اشاره شده با مطالعه حاضر هم خوانی داشته و نشان دهنده گرایش بالای زنان به سزارین در کشور می باشد. از دلایل مهم گرایش به سزارین تشویق پزشک، توصیه اطرافیان، ترس و زیبایی مادر بود (جدول شماره ۱). در مطالعه Saisto، ۷ تا ۲۲ درصد علت سزارین ها، عامل ترس عنوان شده است (۳۰). هم چنین در مطالعات دیگر علل مهم گرایش زنان به سزارین، فقدان آگاهی نسبت به عوارض این جراحی، نگرش منفی به زایمان طبیعی و نسبت دادن عوارض نادرست به زایمان طبیعی (۱۲)، ترس از درد زیاد و طاقت فرسای زایمان طبیعی، حساسیت زنان به ویژگی های اندام خود هم چون کشورهای غربی و پیروی از مد (۱۳) عنوان شده است که با یافته های مطالعه حاضر هم خوانی دارد. با وزن دادن به فاکتورهای دخیل، چهار طبقه اجتماعی اقتصادی خیلی ضعیف، ضعیف، متوسط، خوب برای واحدهای مورد مطالعه تعریف شدند. نتایج مطالعه نشان دادند که بار ارتقای سطح طبقه اقتصادی اجتماعی، گرایش به سزارین افزایش می یابد (جدول شماره ۴). ارتباط معنی دار آماری بین طبقه اقتصادی اجتماعی و نوع زایمان انتخابی به دست آمد ($P < ۰/۰۰۰۱$). هم چنین بین طبقه اجتماعی اقتصادی و گرایش به نوع زایمان همبستگی مثبت وجود دارد. ارتقای طبقه اقتصادی اجتماعی به طور خطی با افزایش گرایش به سزارین ارتباط داشته است. در مطالعات دیگر نیز از جمله مطالعه محمد بیگی و همکاران (۳۱) و هم چنین مطالعه محمد پوراصل و همکاران (۲۹)، مطالعه موحد و همکاران (۲۶)، داوری و همکاران (۳۲) و Feng و همکاران (۳۳) ارتباط بین طبقه اجتماعی اقتصادی با انتخاب سزارین تایید

شده‌است به گونه‌ای که با ارتقا طبقه اجتماعی گرایش به سزارین افزایش می‌یابد.

باید توجه داشت که با افزایش گرایش به سزارین در کشور علاوه بر افزایش مخاطرات سلامتی برای مادران، بار مالی قابل توجهی به نظام سلامت تحمیل می‌کند (۳۴) و به عنوان یکی از ناکارآمدی‌های تخصیصی در نظام ارائه خدمات درمانی کشور شناخته می‌شود (۳۵).

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه نشان داد که با ارتقای سطح اجتماعی اقتصادی گرایش به سزارین افزایش یافته و گرایش به زایمان طبیعی کاهش یافته‌است. با

توجه به یافته‌های مطالعه حاضر و ارتباط معنادار میان طبقه اجتماعی اقتصادی و گرایش به انتخاب سزارین ضروری است تا جهت مقابله با افزایش بی‌رویه سزارین با اقدامات لازم از جمله ایجاد فضا و تسهیلات مناسب جهت زایمان طبیعی در بیمارستان‌ها، آموزش‌های مناسب به زنان قبل از بارداری و در دوران بارداری گامی در جهت کاهش میزان نارضایتی زنان باردار و تشویق به زایمان طبیعی برداشت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدینوسیله نهایت تشکر و قدردانی خود را از ریاست و مدیریت بیمارستان و کارکنانی که در این مطالعه همکاری کردند به عمل می‌آورد.

REFERENCES

1. Liu NH, Mazzoni A, Zamberlin N, Colomar M, Chang OH, Arnaud L, et al. Preferences for Mode of Delivery in Nulliparous Argentinean Women: A Qualitative Study. *Reproductive Health*. 2013;10(1):2-9.
2. Hamzekhani M, Hamidzade A, VaseghRahimparvar SF, Montazeri AS. Effect of Computerized Educational Program on Self-Efficacy of Pregnant Women to Cope with Childbirth. *Journal of Knowledge & Health*. 2014;9(1):13-20. (Full Text in Persian)
3. Vezarat Behdasht, Darman va Amuzesh Pezeshki, daftaresalamatkhanevadeh, salamate madaran. Barnameye Keshvariye Salamate Madaran Darbarnameye Chaharume Tosea, Ejtemaie, Eghtesadiva Farhangiye Keshvar. [cited 2009 May 12]. Available from: <http://www.fhp.hbi.ir/e-books/S-MTH/Smth4-prg.pdf>.
4. Khajeian A, Anaraki A, Ghaed Z. Factors Associated with Maternal Mortality in the Boshehr Province from 2000 to 2007 Years. *Mater Infant Health Period*. 2009;11:18-24. (Full Text in Persian)
5. Haseli A, Ghiasian M, Seififard F, Ebrahimzadeh M, Basami K. The Study of Frequency and Effective Factors on Maternal Mortality in Ilam Province during 2002-2010. *sjimu*. 2015;22(7):39-46.
6. Cunningham FG, Bangdiwala S, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, RowlandHogue CJ, King T, Spencer Lukacz E, McCullough LB, Nicholson W, Petit N, Probstfield JL, Viguera AC, Wong CA, Zimmet SC. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Vaginal Birth After Cesarean: New Insights.. *Obstetrics & Gynecology*. 2010;115(6):1279-1295.
7. NCHS. National Vital Statistics Report. 2000; 48(14).
8. Signovelli C, Cattarussa MS, Osborn JE. Risk Factors for Cesarean Section in Italy: Resulted of Multi-Center Study. *Public Health*. 1995;109(3):191-9.
9. Hofberg, K. Ward, MR. Fear of Pregnancy and Childbirth. *Postgrad*. (2003);79:505-509.
10. Azizi M, Salari P. C-section in Request: an Ethical Approach. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2009;2(2):55-66. (Full Text in Persian)
11. Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjø P, Cole S, Taffel S, Irgens L, et al. Cesarean Section Delivery in the 1980s: International Comparison by Indication. *Am J ObstetGynecol* 1994 Feb; 170(2):495-504.

12. Shearer EL. Cesarean Section: Medical Benefits and Costs. SocSci Med 1993 Nov; 37(10):1223-31.
13. Arjmandi Rafsanjani B, FarzinMoghaddam S. Assessment of the Level of the Pregnantwomens Knowledge Towards the Advantages and Disadvantages of Normal Vaginal Delivery Andcesarean Section, Tehran (2005). Razi Journal of Medical Sciences. 2007;14(55):13-22. (Full Text in Persian)
14. Ahmadnia, S. Body`s sociology and women`s body. Faslnamezanan. 1384.2(5):132-43.
15. Lalouei A, Kashanizadeh N, Teymouri M. The Influence of Academic Educations Choosing Preferable Delivery Method in Obestrics Medical Team:Investigating Their Viewpoints. Iranian Journal of MedicalEducation. 2009;9(1):69-77. (Full Text in Persian)
16. Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are There “Unnecessary” Cesarean Sections? Perceptions of Womenand Obstetricians about Cesarean Sections for Nonclinical Indications. Birth. 2007;34(1):32-41.
17. Movahed M, Enayat H, et al. Related Factor to Choose Cesarean Rather than Normal Delivery among ShirazianPregnant Woman. Journal of Fasa University Of medical Sciences. 2012;2(2):78-83.
18. Heijmans M, de RD. Assessing Illness Representations of Chronic Illness: Explorations of Their Disease-Specific Nature. J Behav Med 1998;21(5):485-503.
19. Reiss AJ. Occupations and Social Status. Puerto Rico: Arno Pr p. 145-172; 1961.
20. Masoud Nia I. The Effect of Social Class on The Patients' Behaviors on Arthritis'patients [PhD Thesis]. Isfahan: School of Economics, The University of Isfahan; 2003. (Full Text in Persian)
21. Davari M, Maraci MR, Bakhshizade Z. Evaluation of Equity in Access to Pharmaceutical Services in Selected Cities of Isfahan [PhD Thesis]. Isfahan: School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, Isfahan University of Medical University; 2007. (Full Text in Persian)
22. Wu JM, Hundley AF, Visco AG. Elective Primary Cesarean Delivery: Attitudes of Urogynecology and maternal-Fetal Medicine Specialists. ObstetGynecol 2005 Feb;105(2):301-6.
23. Land R, Parry E, Rane A, Wilson D. Personal Preferences of Obstetricians towards Childbirth. Aust N Z JObstetGynaecol 2001 Aug;41(3):249-52.
24. Groom KM, Paterson-Brown S, Fisk NM. Temporal and Geographical Variation in UK Obstetricians`personal Preference Regarding Mode Of Delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002 Jan 10; 100(2):185-8.
25. Wright JB, Wright AL, Simpson NA, Bryce FC. A Survey of Trainee Obstetricians Preferences For childbirth. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001 Jul; 97(1): 23-5
26. Movahed M, Enayat H, Ghaffarinasab E, Alborzi S, Mozafari R. Related Factors to Choose Cesarean Rather than Normal Delivery among Shirazian Pregnant Women. Journal of Fasa University of Medical Sciences. 2012;2(2):78-83.
27. Aram SH, Allame Z, Zamani M. Study of Frequency in Selectivemethod of Delivery Among Women Referrer to Therapy Centersin Isfahan. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2001;4(7 & 8):74-79. (Full Text in Persian)
28. Fardi A, Jafari Z. Study of Determinant Factors in Attitude of Women toward Vaginal Delivery and Cesarean. Medical Journal of Tabriz University of Medical Science. 2003;59:66- 69. (Full Text in Persian)
29. Mohammadpoor A, Rostami F, Torabi SH. Prevalence of Cesarean And Demographic Factors Related To Cesarean In Tabriz. Medical Journal of Tabriz University of Medical Science. 2006;28(3). (Full Text in Persian)
30. Saisto, T. Halmesmaki, E. (2003). Fear of Child Birth: A Neglected Dilemma. ActaobstetGynecol Scand. 82(3):201-8.

31. Mohammadbeigi A, Tabatabayi H, Mohammadsalehi N. Determination of Effective Factors on Cesarean in Shiraz. *Journal of Faculty of Nursing & Midwifery Iran University Medical Science*. 2008;21(56):37-45. (Full Text in Persian)
32. Davari M, Maracy M, Ghorashi Z, Mokhtari M. The Relationship between Socioeconomic Status and the Prevalence of Elective Cesarean Section in Nulliparous Women in Niknafs Teaching Center, Rafsanjan, Iran. *Health Information Management* 2012;8(7):965.
33. Feng XL, Xu L, Guo Y, Ronsmans C. Factors Influencing Rising Caesarean Section Rates in China between 1988 and 2008. *Bull World Health Organ* 2012;90(1):30-9, 39A.
34. Chongsuvivatwong V, Bachtiar H, Chowdhury ME, Fernando S, Suwanrath C, Kor-Anantakul O, et al. Maternal and Fetal Mortality and Complications Associated with Cesarean Section Deliveries in Teaching Hospitals in Asia. *J ObstetGynaecol Res* 2010; 36(1): 45-51.
35. Folland S, Goodman AC, Stano M. Equity, Efficiency, and Need. In: Folland S, Goodman AC, Stano M, Editors. *The Economics of Health and Health Care*. London: Pearson Prentice Hall; 2007.

Original Article

The Impact of Socioeconomic Factors on the Tendency to Cesarean in Pregnant Women Referred to Imam Khomeini Hospital Complex in Tehran in 2016

Rahman Nasrolahi¹, Sare Daneshgar², Mahnaz Afshari^{3,4}, Rasoul Corani Bahador⁵, Saeed Rostampour⁶, Maryam Radinmanesh⁷

1. Bachelor of Health Management, Tehran university of medical science, Tehran, Iran.
2. Master of Financial Management, Tehran university of medical science, Tehran, Iran.
3. Master of health economics, Maragheh university of Medical Science, Maragheh, Iran.
4. Ph.D. candidate of health policy, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Master of Health Management, Maragheh university of Medical Science, Maragheh, Iran.
6. Master of Executive Management, Maragheh university of Medical Science, Maragheh, Iran.
7. Ph.D. Candidate of Health Economics, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding Author: Mahnaz Afshari, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran
E mail: m.afshari@mrgums.ac.ir

Received: 11 October 2016

Accepted: 14 November 2016

Published: 26 December 2016

How to cite this article:

Nasrolahi R, Daneshgar S, Afshari M, Corani Bahador R, Rostampour S, Radinmanesh M. The Impact of Socioeconomic Factors on the Tendency to Cesarean in Pregnant Women Referred to Imam Khomeini Hospital Complex in Tehran in 2016. Community Health 2017;4(1):67-75.

Abstract:

Background: In recent years, Cesarean has attracted the attention of many pregnant women, although there is not enough awareness of how cesarean is performed and its consequences. The present study aimed to assess the socio-economic factors affecting the tendency of women referred to Imam Khomeini hospital to elective caesarean.

Materials and methods: Questionnaire of this sectional study, with the participation of 300 pregnant women referred to Emam Khomeini hospital complex in the last trimester of year 2016 were conducted. For the purpose of data collection, a questionnaire was used. To examine the relationship between variables, software SPSS and X2 test and correlation test is used.

Results: Among the studied cases, 55 percent tended to have vaginal delivery 45 percent, inclined to have Cesarean. Some of the significant reasons for having cesarean tend are doctors' persuasion, people's recommendation, fear and beauty of the mother. The results showed that by increasing the socio – economic level, the tendency toward cesarean increases. A significant statistical relationship between the socio-economic class and chosen type of delivery was achieved through Chi-square test ($P < 0.0001$).

Conclusion: Study indicated The promotion of socio-economic class has been connected linearly with the increasing trend towards caesarean, however tendency towards cesarean in lower levels of society is still higher than the world standard and it imposes a great cost to the health system.

Key words: Socioeconomic Status, Cesarean Delivery, Cesarean Tendency