

دوره سوم، شماره ۴، پاییز ۱۳۹۵، صفحات ۲۸۹ تا ۲۹۸ http://ch.sbmu.ac.ir	سلامت اجتماعی مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت	مقاله اصیل
--	--	---------------

نظرات کارکنان واحد بهداشت خانواده در مراکز بهداشتی درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در مورد عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی

علی اصغر کلاهی^{۱*}، ناریا ابوالقاسمی^۲، فریما محمدی^۳، فرناز اهدایی وند^۴

۱. دانشیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. پزشک عمومی - MPH، اداره سلامت کودکان، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
۳. کارشناس ارشد فیزیولوژی ورزشی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. متخصص بیماری های زنان و زایمان، مدیر گروه واحد سلامت خانواده معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران

* نویسنده مسئول: علی اصغر کلاهی، تهران، ولنجک، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت
a.kolahi@sbmu.ac.ir
تاریخ دریافت: تیر ۱۳۹۵
تاریخ پذیرش: مرداد ۱۳۹۵

نحوه استناد به این مقاله:

Kolahi AA, Abolghasemi N, Mohamdi F, Ehdacivand F. The Views of Family Health Worker in the Subsidiary Health Centers of University on the Determinants of Cesarean Section without Medical Indication. Community Health 2016; 3(4): 289-98.

چکیده

زمینه و هدف: آمار روز افزون سزارین در بسیاری از کشورهای جهان موجب نگرانی مسئولین بهداشتی شده و انجام سزارین های بدون اندیکاسیون علمی تهدیدی برای نظام سلامت کشور است. این مطالعه با هدف تعیین نظرات کارکنان واحد بهداشت خانواده در مراکز بهداشتی درمانی در مورد عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

روش و مواد: این مطالعه به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۳ در شهر تهران انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل همه کارکنان رسمی و طرحی بهداشت خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه های بهداشتی تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی بودند. در مجموع ۷۳۹ نفر به روش نمونه گیری در دسترس بررسی شدند. داده ها با استفاده از یک پرسشنامه خود ایفا جمع آوری شد.

یافته ها: از نظر کارکنان بهداشتی علل انجام سزارین به ترتیب درخواست مادر ۳۳۶ (۴۵/۵٪) نفر، توصیه متخصصین زنان به علل غیر پزشکی ۲۳۴ (۳۱/۷٪) نفر و توصیه متخصصین زنان به علل پزشکی ۱۶۹ (۲۲/۸٪) نفر بود. مهم ترین عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی به ترتیب ترس مادر از درد زایمان، سودمند بودن سزارین از نظر اقتصادی برای پزشکان، عدم آگاهی مادر از عوارض سزارین، راحت تر بودن انجام سزارین برای پزشک و داشتن بیمه به خصوص بیمه تکمیلی برای مادران ذکر شد.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد آموزش مادران و خانواده های آنها در خصوص روش های کنترل درد زایمان و عوارض ناشی از سزارین ضروری به نظر می رسد.

واژگان کلیدی: سزارین، زنان، خدمات سلامت، درد زایمان

مقدمه

سلامت مادر و کودک یکی از مهم ترین هدف های بهداشت عمومی است. حاملگی و زایمان از علل اصلی مرگ، بیماری و معلولیت زنان در سنین باروری است و ۲۵-۳۳٪ مرگ های زنان ۱۵-۴۴ سال و حداقل ۱۸٪ بار بیماری های این گروه سنی را به خود اختصاص می دهد. اگر مادر بمیرد احتمال مرگ کودک تا ۵ سالگی ۲-۳ برابر می شود. بیش از ۹۵٪ زایمان های کشور در بیمارستان ها و مراکز زایمانی و توسط افرادی که تحصیلات دانشگاهی دارند انجام می شود و عمده مرگ مادران نیز در بیمارستان های کشور اتفاق می افتد (۱). در سال ۱۳۸۹، ۸۴٪ مرگ های گزارش شده در بیمارستان ها اتفاق افتاده است و در ۶۰٪ مرگ های مادران خطاهای پزشکی، مامایی و پرستاری باعث مرگ بوده است (۲).

آمار روز افزون سزارین در بسیاری از کشورهای جهان موجب نگرانی محققین و مسئولین بهداشتی شده است. با اینکه شیوع سزارین در اکثر کشورهای جهان تفاوت قابل ملاحظه ای با آمار مقبول اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت یعنی ۱۵-۱۰٪ تولدها دارد، در مجموع شیوع سزارین در حال افزایش است (۳). به طوری که در ایران، بر اساس Demographic and Health Survey (DHS) سال ۲۰۰۰ شیوع سزارین از ۳۵٪ (۱) و بر اساس گزارش سال ۲۰۱۳ سازمان بهداشت جهانی ۴۰٪ (۳) تا ۶۰٪ (۴) و در بعضی مراکز خصوصی حدود ۹۰٪ گزارش شده است (۵). انجام سزارین های بدون اندیکاسیون علمی تهدیدی برای نظام سلامت کشور است و بررسی پرسشنامه های نظام کشوری مراقبت مرگ مادری نشان می دهد که جلوگیری از انجام سزارین های بی مورد می تواند منجر به کاهش میزان مرگ مادران در کشور گردد و بر طبق اهداف توسعه هزاره، کشور ما نیز متعهد شد تا سال ۱۳۹۴ سزارین را به میزان ۲۵٪ کاهش دهد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قصد دارد میزان سزارین را تا ۱۵٪ در بیمارستان های عمومی و ۲۰٪ در بیمارستان های ریفرال کاهش دهد (۶). عوامل متعددی که منجر به سزارین بدون وجود اندیکاسیون پزشکی می شوند شامل سن مادر، نخست زایمان

بودن مادر، سزارین قبلی مادر، سابقه نازایی، تقاضای بستن لوله ها، تمایل مادر به سزارین به علت ترس از زایمان، ترس از درد و مسائل اجتماعی و اقتصادی می باشد که بر میزان سزارین در جوامع مختلف مؤثر هستند (۷ و ۸). مادران در سنین بالا، به جهت این که عوارض حین حاملگی و زایمان در آنها شیوع بیشتری دارد، بیشتر مستعد زایمان سزارین هستند. هرچند که در صورت فقدان مشکلات مامایی در طی حاملگی باز هم تمایل بالاتری به انجام سزارین در میان زنان با سن بالاتر به ویژه زنان نخست زایمان وجود دارد (۹). نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی، عقاید خانواده ها، دیدگاه متخصصین زنان و سیاست های استانی، بیمارستانی و بین بخشی نیز از عوامل مؤثر بر افزایش تعداد سزارین می باشند (۱۰). به نظر می رسد عدم آگاهی درست از روند زایمان های طبیعی و سزارین در افزایش آمار نقش داشته باشد و یکی از دلایل آن وجود زنان حامله ای است که زایمان سزارین را بیشتر درخواست می کنند (۱۱) و عامل مؤثر دیگر در انتخاب نوع زایمان آگاهی و تحصیلات مادر می باشد (۱۳)، به طوری که در مطالعه ای که در بین متخصصین زنان و کارشناسان مامایی در کشور ترکیه انجام شده بود، ۶۱/۸٪ افراد زایمان سزارین را انتخاب نمودند (۱۴). همان طور که سطح تحصیلات مادر افزایش می یابد گرایش به استفاده از تسهیلات بهداشتی بیشتر می شود و از این رو مادر در معرض سزارین قرار می گیرد. بنابراین زنان تحصیل کرده با احتمال بیشتری مادر شدن را به تأخیر می اندازند و احتمال زایمان از طریق سزارین افزایش می یابد (۱۲). متخصصین زنان و کارشناسان مامایی نیز دو گروه بسیار تاثیرگذار در روند مراقبت و تصمیم گیری جهت نوع زایمان می باشند. افزایش فزاینده میزان سزارین و نقش فعال تر خانم ها در انتخاب آن نسبت به گذشته این سوال را پیش می آورد که تمایل شخصی خانم ها به انتخاب کدام نوع از زایمان می باشد. محققین در مورد این مسئله که آیا انتخاب سزارین واقعا به خواست خانم ها است یا اینکه پزشکان، مادران را به این مسئله سوق می دهند تردید دارند (۱۵ و ۱۶). تحقیقی که توسط محمدی تبار و همکاران در تهران انجام شد نشان داد که

جدی برای نظام سلامت کشور است. این مطالعه با هدف تعیین نظرات کارکنان واحد بهداشت خانواده در مراکز بهداشتی درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی در مورد عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

روش و مواد

این مطالعه به صورت Cross-Sectional در سال ۱۳۹۳ در شهر تهران انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل همه کارکنان رسمی و طرحی بهداشت خانواده شاغل در مراکز

پزشکان، ماماها و مراقبین بهداشتی در افزایش سزارین نقش داشتند (۱۷). ولی در مطالعه دیگری که از سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۱ را در کشور لیتوانی انجام شد، این مسئله را مطرح می شود که تقریباً ۱۵٪ زنان درخواست سزارین بدون علت مامایی دارند و این میزان در طول ۵ سال تغییری نکرده است (۱۶).

نظر به اینکه سزارین مانند هر عمل جراحی دیگری دارای عوارضی است و میزان مورتالیتی و موربیدیتی مادر و نوزاد در این روش زایمانی بیشتر از زایمان طبیعی است لذا انجام سزارین های بدون اندیکاسیون علمی تهدیدی

جدول شماره ۱- طبقه بندی نظرات کارکنان بهداشتی در مورد عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی

نظرات	حیطه
(۱) عدم آگاهی مادر از عوارض سزارین موجب درخواست برای سزارین است. (۲) عدم آموزش لازم به خانم های باردار و همسر او موجب درخواست بیشتر برای سزارین است. (۳) پزشکان بنا به درخواست مادر سزارین می کنند. (۴) مادران به پیشنهاد همسر درخواست سزارین می کنند. (۵) مادران به پیشنهاد یکی از اعضای خانواده غیر از همسر درخواست سزارین دارند. (۶) مادران به پیشنهاد پزشک درخواست سزارین دارند. (۷) مادرانی که بیمه هستند (به خصوص بیمه تکمیلی) درخواست بیشتری برای سزارین دارند.	عوامل تقویت کننده و قادر کننده
(۱) سزارین برای مادر راحت تر از زایمان طبیعی است. (۲) مادران برای حفظ کیفیت روابط زناشویی (تصور گشادی واژن در زایمان طبیعی) درخواست سزارین دارند. (۳) مادران برای تنظیم زمان دلخواه (روز، تاریخ یا مناسبت ها) درخواست سزارین دارند. (۴) مادران به دلیل رسیدگی بهتر در طی سزارین نسبت به زایمان طبیعی درخواست سزارین دارند. (۵) مادران چون فکر می کنند در سزارین سلامت مادر بیشتر حفظ می شود درخواست سزارین دارند. (۶) مادران چون فکر می کنند در سزارین سلامت نوزاد بیشتر حفظ می شود درخواست سزارین دارند. (۷) مادران به دلیل اینکه سزارین نسبت به زایمان طبیعی زمان کمتری طول می کشد درخواست سزارین دارند.	منافع درک شده در مورد سزارین توسط مادر
(۱) سزارین برای پزشک راحت تر زایمان طبیعی است. (۲) پزشکان برای حفظ کیفیت زناشویی سزارین را توصیه می کنند. (۳) پزشکان برای تنظیم زمان دلخواه (اجتناب از ساعات و روزهای نامناسب) تمایل به انجام سزارین دارند. (۴) پزشکان برای تامین سلامت بیشتر مادر سزارین را توصیه می کنند. (۵) پزشکان برای تامین سلامت بیشتر نوزاد سزارین را توصیه می کنند. (۶) پزشکان به دلیل اینکه سزارین نسبت به زایمان طبیعی زمان کمتری طول می کشد سزارین را توصیه می کنند. (۷) پزشکان به دلیل اینکه سزارین از نظر اقتصادی برای پزشک سودمندتر است آن را توصیه می کنند.	منافع درک شده در مورد سزارین توسط پزشک
(۱) مادران به دلیل ترس از درد زایمان درخواست سزارین دارند. (۲) مادران به دلیل ترس از اپیزوتومی درخواست سزارین دارند. (۳) مادران برای پیشگیری از عوارض زایمان طبیعی مانند سیستوسل، رکتوسل و صدمات پرینه درخواست سزارین دارند. (۴) مادران به دلیل عدم اطمینان از ایمن بودن زایمان طبیعی درخواست سزارین دارند. (۵) مادران به دلیل شرایط نامناسب زایشگاه در زمان درد کشیدن برای زایمان طبیعی درخواست سزارین دارند.	موانع درک شده در مورد زایمان طبیعی توسط مادر
(۱) پزشکان برای پیشگیری از عوارض زایمان طبیعی مانند سیستوسل، رکتوسل و صدمات پرینه سزارین را توصیه می کنند. (۲) پزشکان به دلیل غیرقابل پیش بینی بودن عوارض در طی زایمان طبیعی، سزارین را توصیه می کنند. (۳) پزشکان به دلیل ترس از شکایات و مسائل قانونی عوارض زایمان طبیعی سزارین را توصیه می کنند.	موانع درک شده در مورد زایمان طبیعی توسط پزشک
(۱) مادران به دلیل مد روز بودن (مدرن بودن سزارین) درخواست سزارین دارند. (۲) مادران به این دلیل که سزارین را نشانه طبقه اجتماعی بالا می دانند درخواست سزارین دارند. (۳) مادران به دلیل چشم و هم چشمی و تفاخر در خواست سزارین دارند.	نگرش

و پایگاه های بهداشتی تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی انجام شد. میانگین (انحراف معیار) سن کارکنان بهداشتی ۳۳/۳ (۷/۶) سال و بالاترین و پایین ترین سن به ترتیب ۲۱ و ۵۵ سال بود. در مجموع ۳۸۸ (۵۲/۵٪) نفر از کارکنان بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی شهری فعالیت می کردند. میانگین سابقه کار کارکنان در مراکز دولتی ۹/۸ (۷/۳) سال و کمترین و بیشترین سابقه کار به ترتیب ۱ و ۳۱ سال بود. ۵۲۵ (۷۱٪) نفر از کارکنان بهداشتی متأهل بودند و میانگین تعداد فرزندانشان ۱/۵ (۰/۶) بود. زایمان اول ۲۴۹ (۶۸/۴٪) و زایمان آخر ۱۲۶ (۷۲٪) نفر از کارکنان بهداشتی به صورت سزارین انجام شده بود. متغیرهای جمعیت شناختی و اجتماعی کارکنان بهداشتی در جدول شماره ۲ دیده می شود.

جدول شماره ۲- متغیرهای جمعیت شناختی و اجتماعی کارکنان بهداشتی (n= ۷۳۹)

متغیر	تعداد	درصد	
وضعیت تأهل	مجرد	۲۰۹	۲۸/۳
	متأهل	۵۲۵	۷۱/۰
	نامشخص	۵	۰/۷
مدرک تحصیلی	کاردانی	۲۱۶	۲۹/۲
	کارشناسی	۵۲۰	۷۰/۴
	نامشخص	۳	۰/۴
رشته تحصیلی	ماما	۵۹۸	۸۰/۹
	بهداشت خانواده	۹۳	۱۲/۶
	بهداشت عمومی	۴۵	۳/۱
نامشخص		۳	۰/۴
	پایگاه بهداشتی	۱۹۷	۲۶/۷
	مرکز بهداشتی درمانی روستائی	۶۸	۹/۲
محل فعالیت	مرکز بهداشتی درمانی شهری	۳۸۸	۵۲/۵
	ستاد مراکز بهداشت و شبکه ها	۶۶	۸/۹
	نامشخص	۲۰	۲/۷
نامشخص	شرق	۱۰۷	۱۴/۵
	غرب	۶۶	۸/۹
	شمال	۶۳	۸/۵
نامشخص	شمیرانات	۴۶	۶/۲
	شمال غرب	۳۵	۴/۷
	رباط کریم	۱۲۱	۱۶/۴
محل اشتغال	شهریار	۷۷	۱۰/۴
	ورامین	۶۹	۹/۳
	پاکدشت	۴۳	۵/۸
نامشخص	شهر قدس	۳۵	۴/۷
	دماوند	۳۴	۴/۶
	ملارد	۲۷	۳/۷
نامشخص	۱۶	۲/۲	

بهداشتی درمانی و پایگاه های بهداشتی تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی بودند. در مجموع ۷۳۹ نفر از کارشناسان و کارکنان شاغل در واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی در مطالعه شرکت کردند. نمونه گیری به روش نمونه در دسترس انجام شد.

پس از تصویب و تأیید طرح توسط کمیته اخلاق، موافقت معاونت امور بهداشتی دانشگاه و هر یک از مراکز بهداشت داخل تهران و شبکه های بهداشت و درمان شهرستان های تابعه اخذ شد. مسئولین واحد های بهداشت خانواده مراکز بهداشت و شبکه های بهداشت و درمان تابعه دانشگاه به عنوان سر تیم های تحقیق جهت جمع آوری داده ها تعیین شدند. برای توجیه و جلب همکاری این مسئولین جلسه هماهنگی و آموزش برگزار گردید. داده ها با استفاده از یک پرسشنامه خود ایفا جمع آوری شد.

محتوای پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک و نظرات کارکنان در مورد عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی بود. پرسشنامه ها توسط مسئولین بهداشت خانواده در زیر مجموعه خودشان توزیع و از همان طریق جمع آوری شد. مشارکت در تحقیق داوطلبانه و پرسشنامه ها فاقد نام و مشخصات شناسایی بود. نظرات کارکنان بهداشتی در مورد عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی در ۶ حیطه طبقه بندی شد که در جدول شماره ۱ نشان داده شد است.

نظرات کارکنان بهداشتی بین صفر تا ۱۰ به صورت خیلی مخالف تا خیلی موافق امتیاز داده شد. سپس نظرات به صورت امتیاز کمتر از ۲ خیلی مخالف، (۲-۴) مخالف، (۵-۸) موافق و بیشتر از ۸ خیلی موافق دسته بندی شد. داده ها پس از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS-21 شد و بر متغیرهای کیفی به صورت فراوانی و درصد و متغیر های کمی بصورت میانگین و انحراف معیار توصیف شد. برای مقایسه و تحلیل داده های متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکور و برای متغیرهای کمی از آزمون های t استفاده شد.

یافته ها

این مطالعه با مشارکت ۷۳۹ نفر از کارکنان رسمی و طرحی بهداشت خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی

ترس مادر از درد زایمان، سودمند بودن سزارین از نظر اقتصادی برای پزشکان، عدم آگاهی مادر از عوارض سزارین، راحت تر بودن انجام سزارین برای پزشک و داشتن بیمه به خصوص بیمه تکمیلی برای مادران ذکر شد. نظرات کارکنان بهداشتی در مورد عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی در جدول شماره ۳ دیده می شود.

از نظر کارکنان بهداشتی علل انجام سزارین به ترتیب (۱) درخواست مادر ۳۳۶ (۴۵/۵٪) نفر، (۲) توصیه متخصصین زنان به علل غیر پزشکی ۲۳۴ (۳۱/۷٪) نفر و (۳) توصیه متخصصین زنان به علل پزشکی ۱۶۹ (۲۲/۸٪) نفر بود. ۶۵۱ (۸۹/۲٪) نفر از کارکنان بهداشتی عنوان کردند که زایمان طبیعی بر سزارین الکتیو ارجح است. مهم ترین عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی به ترتیب

جدول شماره ۳- نظرات کارکنان بهداشتی در مورد عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی

بسیار مخالف (درصد تعداد)	مخالف (درصد تعداد)	موافق (درصد تعداد)	بسیار موافق (درصد تعداد)	
۷ (۰/۹)	۴۰ (۵/۴)	۱۹۵ (۲۶/۵)	۴۹۵ (۶۷/۲)	مادران به دلیل ترس از درد زایمان درخواست سزارین دارند.
۴۲ (۶/۱)	۸۹ (۱۲/۸)	۱۹۱ (۲۷/۵)	۳۷۲ (۵۲/۶)	پزشکان به دلیل این که سزارین از نظر اقتصادی برای پزشک سودمندتر است آن را توصیه می کنند.
۳۱ (۴/۲)	۱۰۳ (۱۴/۰)	۲۵۹ (۳۵/۱)	۳۴۵ (۴۶/۷)	عدم آگاهی مادر از عوارض سزارین موجب درخواست بیشتر برای سزارین است.
۱۰۴ (۱۴/۱)	۱۲۸ (۱۷/۴)	۱۸۶ (۲۵/۲)	۳۱۹ (۴۳/۳)	سزارین برای پزشک راحت تر زایمان طبیعی است.
۴۷ (۶/۹)	۱۴۱ (۲۰/۶)	۲۴۷ (۳۶/۰)	۲۵۱ (۳۶/۶)	مادرانی که بیمه هستند (به خصوص بیمه تکمیلی) درخواست بیشتری برای سزارین دارند.
۱۰۰ (۱۳/۶)	۱۸۳ (۲۴/۸)	۲۱۸ (۲۹/۶)	۳۳۶ (۴۵/۵)	مادران به دلیل شرایط نامناسب زایشگاه در زمان درد کشیدن برای زایمان طبیعی درخواست سزارین دارند.
۵۹ (۸/۰)	۱۶۹ (۲۲/۹)	۲۸۲ (۳۸/۲)	۲۲۸ (۳۰/۹)	عدم آموزش لازم به خانم های باردار و همسر او موجب درخواست بیشتر برای سزارین است.
۱۰۴ (۱۵/۰)	۱۷۳ (۲۵/۰)	۲۱۰ (۳۰/۳)	۲۰۵ (۲۹/۶)	پزشکان به دلیل اینکه سزارین نسبت به زایمان طبیعی زمان کمتری طول می کشد سزارین را توصیه می کنند.
۱۱۹ (۱۶/۱)	۱۸۰ (۲۴/۴)	۲۲۲ (۳۰/۱)	۲۱۶ (۲۹/۳)	مادران به دلیل ترس از ایبیزوتومی درخواست سزارین دارند.
۱۳۵ (۱۸/۳)	۱۷۵ (۲۳/۷)	۲۲۶ (۳۰/۷)	۲۰۱ (۲۷/۳)	پزشکان برای تنظیم زمان دلخواه (اجتناب از ساعات و روزهای نامناسب) تمایل به انجام سزارین دارند.
۱۰۵ (۱۵/۲)	۱۶۰ (۲۳/۲)	۲۵۰ (۳۶/۲)	۱۷۵ (۲۵/۴)	مادران به دلیل مد روز بودن (مدرن بودن سزارین) درخواست سزارین دارند.
۱۱۶ (۱۶/۸)	۱۸۷ (۲۷/۱)	۲۱۸ (۳۱/۵)	۱۷۰ (۲۴/۶)	مادران به دلیل این که سزارین را نشانه طبقه اجتماعی بالا می دانند درخواست سزارین دارند.
۱۳۷ (۱۹/۹)	۱۷۸ (۲۵/۹)	۲۰۴ (۲۹/۷)	۱۶۹ (۲۴/۶)	مادران به دلیل چشم و هم چشمی و تفاخر درخواست سزارین دارند.
۱۱۰ (۱۴/۹)	۲۲۸ (۳۰/۹)	۲۵۸ (۳۵/۰)	۱۴۱ (۱۹/۱)	مادران برای حفظ کیفیت روابط زناشویی درخواست سزارین دارند.
۱۸۹ (۲۵/۶)	۱۸۲ (۲۴/۷)	۲۲۷ (۳۰/۸)	۱۳۹ (۱۸/۹)	سزارین برای مادر راحت تر از زایمان طبیعی است.
۷۸ (۱۰/۶)	۲۳۴ (۳۱/۸)	۲۸۸ (۳۹/۱)	۱۳۷ (۱۸/۶)	پزشکان بنا به درخواست مادران سزارین می کنند.
۱۳۲ (۱۹/۱)	۲۰۴ (۲۹/۵)	۲۲۹ (۳۳/۱)	۱۳۷ (۱۸/۴)	مادران به دلیل اینکه سزارین نسبت به زایمان طبیعی زمان کمتری طول می کشد سزارین را درخواست می کنند.
۱۳۰ (۱۷/۶)	۲۵۰ (۳۳/۹)	۲۲۵ (۳۰/۵)	۱۳۲ (۱۷/۹)	مادران برای پیشگیری از عوارض زایمان طبیعی مانند سیستوسل، رکتوسل و صدمات پرینه درخواست سزارین دارند.
۹۵ (۱۲/۹)	۲۴۳ (۳۳/۰)	۲۷۰ (۳۶/۶)	۱۲۹ (۱۷/۵)	مادران به پیشنهاد پزشک درخواست سزارین دارند.
۱۳۵ (۱۹/۵)	۲۰۵ (۲۹/۶)	۲۴۵ (۳۵/۴)	۱۰۷ (۱۵/۵)	مادران چون فکر می کنند در سزارین سلامت مادر بیشتر حفظ می شود درخواست سزارین دارند.
۱۶۷ (۲۲/۷)	۲۴۱ (۳۲/۷)	۲۱۶ (۲۹/۳)	۱۱۳ (۱۵/۳)	مادران به دلیل عدم اطمینان از ایمن بودن زایمان طبیعی درخواست سزارین دارند.
۱۵۱ (۲۱/۸)	۲۲۰ (۳۱/۸)	۲۳۳ (۳۳/۷)	۸۸ (۱۲/۷)	مادران چون فکر می کنند در سزارین سلامت نوزاد بیشتر حفظ می شود درخواست سزارین دارند.
۱۹۶ (۲۶/۶)	۲۵۷ (۳۴/۹)	۱۹۱ (۲۵/۹)	۹۳ (۱۲/۶)	مادران برای تنظیم زمان دلخواه (روز، تاریخ یا مناسبت ها) درخواست سزارین دارند.
۲۲۷ (۳۰/۸)	۲۴۸ (۳۳/۶)	۱۷۵ (۲۳/۷)	۸۷ (۱۱/۸)	مادران به دلیل رسیدگی بهتر در طی سزارین نسبت به زایمان طبیعی درخواست سزارین دارند.
۱۸۷ (۲۵/۴)	۳۰۰ (۴۰/۷)	۱۸۵ (۲۵/۱)	۶۵ (۸/۸)	پزشکان به دلیل غیر قابل پیش بینی بودن عوارض در طی زایمان طبیعی، سزارین را توصیه می کنند.
۲۰۳ (۲۷/۵)	۲۹۰ (۳۹/۳)	۱۸۶ (۲۵/۲)	۵۸ (۷/۹)	پزشکان برای پیشگیری از عوارض زایمان طبیعی مانند سیستوسل، رکتوسل و صدمات پرینه سزارین را توصیه میکنند.
۲۹۶ (۴۰/۲)	۲۶۸ (۳۶/۴)	۱۲۲ (۱۶/۶)	۵۱ (۶/۹)	پزشکان به دلیل ترس از شکایات و مسائل قانونی عوارض زایمان طبیعی سزارین را توصیه می کنند.
۳۱۶ (۴۲/۹)	۲۵۸ (۳۵/۰)	۱۲۲ (۱۶/۶)	۴۱ (۵/۶)	پزشکان برای حفظ کیفیت روابط زناشویی سزارین را توصیه می کنند.
۳۲۷ (۴۴/۴)	۲۵۷ (۳۴/۹)	۱۲۰ (۱۶/۳)	۳۳ (۴/۵)	پزشکان برای تامین سلامت بیشتر مادر سزارین را توصیه می کنند.
۳۰۷ (۴۱/۷)	۲۸۲ (۳۸/۳)	۱۱۶ (۱۵/۷)	۳۲ (۴/۳)	مادران به پیشنهاد یکی از اعضای خانواده غیر از همسر درخواست سزارین دارند.
۳۲۸ (۴۴/۵)	۲۷۴ (۳۷/۲)	۱۰۵ (۱۴/۲)	۳۰ (۴/۱)	مادران به پیشنهاد همسر درخواست سزارین دارند.
۲۹۸ (۴۰/۴)	۲۷۰ (۳۶/۶)	۱۴۱ (۱۹/۱)	۲۸ (۳/۸)	پزشکان برای تامین سلامت بیشتر نوزاد سزارین را توصیه می کنند.

پزشکی با یکدیگر تفاوتی نداشت. ولی با سابقه کار تفاوت دیده شد. جدول شماره ۵ نظرات کارکنان بهداشتی در مورد عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی با توجه به مدرک و رشته تحصیلی و سابقه کار را نشان می دهد.

نظرات کارکنان بهداشتی در مورد عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی در ۶ حیطه طبقه بندی شده در جدول شماره ۴ دیده می شود. نظرات کارکنان بهداشتی دارای مدرک کاردانی یا کارشناسی همچنین مامایی یا بهداشت در مورد عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل

جدول شماره ۴- نظرات کارکنان در مورد عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی

حیطه	بسیار موافق (درصد) تعداد	موافق (درصد) تعداد	مخالف (درصد) تعداد	بسیار مخالف (درصد) تعداد
عوامل تقویت کننده و قادر کننده	۳۷ (۵/۰)	۴۷۲ (۶۳/۹)	۱۷۴ (۲۳/۵)	۳ (۰/۴)
منافع درک شده در مورد سزارین توسط مادر	۳۹ (۵/۶)	۳۸۳ (۵۵/۴)	۲۴۱ (۳۴/۹)	۲۸ (۴/۱)
منافع درک شده در مورد سزارین توسط پزشک	۴۱ (۶/۰)	۳۹۷ (۵۸/۴)	۲۴۱ (۳۴/۹)	۲۸ (۴/۱)
موانع درک شده در مورد زایمان طبیعی توسط مادر	۱۵۸ (۲۱/۴)	۴۱۵ (۵۶/۳)	۱۶۱ (۲۱/۸)	۳ (۰/۴)
موانع درک شده در مورد زایمان طبیعی توسط پزشک	۴۲ (۵/۷)	۲۲۹ (۳۱/۱)	۳۲۸ (۴۴/۵)	۱۳۸ (۱۸/۷)
نگرش	۲۲۲ (۳۲/۵)	۲۲۴ (۳۲/۷)	۱۴۵ (۲۱/۲)	۹۳ (۱۳/۶)

جدول شماره ۵- نظرات کارکنان بهداشتی در مورد عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی با توجه

به مدرک و رشته تحصیلی و سابقه کار

حیطه ها	مدرک تحصیلی		رشته تحصیلی		سابقه کار		P
	کاردانی (درصد) تعداد	کارشناسی (درصد) تعداد	مامایی (درصد) تعداد	بهداشت (درصد) تعداد	< ۱۰ سال (درصد) تعداد	≥ ۱۰ سال (درصد) تعداد	
عوامل تقویت کننده و قادر کننده	۱۴۴ (۷۴/۶)	۳۶۲ (۷۳/۹)	۴۱۸ (۷۴/۸)	۸۸ (۷۱/۰)	۲۵۲ (۷۹/۷)	۱۷۲ (۶۴/۷)	<./۰۰۱
	۱۲۸ (۲۶/۱)	۴۹ (۲۵/۴)	۱۴۱ (۲۵/۲)	۳۶ (۲۹/۰)	۶۴ (۲۰/۳)	۹۴ (۵۳/۳)	
منافع درک شده در مورد سزارین توسط مادر	۱۲۸ (۶۸/۸)	۳۰۸ (۶۲/۷)	۳۵۹ (۶۴/۶)	۷۷ (۶۳/۶)	۲۱۶ (۶۹/۵)	۱۴۹ (۵۶/۴)	./۰۰۱
	۵۸ (۳۱/۲)	۱۸۳ (۷۳/۳)	۱۹۷ (۳۵/۴)	۴۴ (۳۶/۴)	۹۵ (۳۰/۵)	۱۱۵ (۴۳/۶)	
منافع درک شده در مورد سزارین توسط پزشک	۱۱۰ (۵۶/۴)	۳۱۰ (۶۲/۹)	۳۵۱ (۶۲/۲)	۶۹ (۵۵/۶)	۱۹۸ (۶۲/۹)	۱۵۵ (۵۷/۴)	./۱۰
	۸۵ (۴۳/۶)	۱۸۳ (۳۷/۱)	۲۱۳ (۳۷/۸)	۵۵ (۴۴/۴)	۱۱۷ (۳۷/۱)	۱۱۵ (۴۲/۶)	
موانع درک شده در مورد زایمان طبیعی توسط مادر	۱۷۳ (۸۰/۵)	۳۹۷ (۷۶/۵)	۴۶۰ (۷۷/۲)	۱۱۰ (۷۹/۷)	۲۸۳ (۸۲/۵)	۲۰۰ (۶۹/۹)	<./۰۰۱
	۴۲ (۱۹/۵)	۱۲۲ (۲۳/۵)	۱۳۶ (۲۲/۸)	۲۸ (۲۰/۳)	۶۰ (۱۷/۵)	۸۶ (۳۰/۱)	
موانع درک شده در مورد زایمان طبیعی توسط پزشک	۷۲ (۳۳/۵)	۱۹۷ (۳۸/۰)	۲۲۱ (۳۷/۱)	۴۸ (۳۴/۸)	۱۴۱ (۴۱/۱)	۸۷ (۳۰/۴)	./۰۰۳
	۱۴۳ (۶۶/۵)	۳۲۲ (۶۲/۰)	۳۷۵ (۶۲/۹)	۹۰ (۶۵/۲)	۲۰۲ (۵۸/۹)	۱۹۹ (۶۹/۶)	
نگرش	۱۲۰ (۶۳/۲)	۳۲۴ (۶۶/۰)	۳۶۹ (۶۶/۰)	۷۵ (۶۱/۵)	۲۱۲ (۶۷/۷)	۱۵۹ (۵۹/۸)	./۰۲
	۷۰ (۳۶/۸)	۱۶۷ (۳۴/۰)	۱۹۰ (۳۴/۰)	۴۷ (۳۸/۵)	۱۰۱ (۳۲/۳)	۱۰۷ (۴۰/۲)	

نداشت. ولی با سابقه کار تفاوت دیده شد.

بحث

مطالعه نشان داد بیشتر کارکنان بهداشتی زایمان طبیعی را بر سزارین الکتیو ارجح دانستند. از نظر کارکنان بهداشتی علل انجام سزارین به ترتیب (۱) درخواست مادر (۲) توصیه متخصصین زنان به علل غیر پزشکی و (۳) توصیه متخصصین زنان به علل پزشکی بود. مهم ترین عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی به ترتیب ترس مادر از درد زایمان، سودمند بودن سزارین از نظر اقتصادی برای پزشکان، عدم آگاهی مادر از عوارض سزارین، راحت تر بودن انجام سزارین برای پزشک و داشتن بیمه به خصوص بیمه تکمیلی برای مادران ذکر شد. نظرات کارکنان بهداشتی دارای مدرک کاردانی یا کارشناسی همچنین مامایی یا بهداشت در مورد عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی با یکدیگر تفاوتی

تمایل برای انجام سزارین در بین مادران، خانواده ها و حتی پزشکان فزونی یافته است. مطالعه نشان داد بیشتر کارکنان بهداشتی (۸۹٪) زایمان طبیعی را بر سزارین الکتیو ارجح دانستند. در واقع آگاهی مادر باردار نسبت به مزایا و معایب زایمان طبیعی و سزارین، عامل مهمی در انتخاب نوع ختم حاملگی است (۱۸). با وجود اینکه کارکنان بهداشتی در این زمینه آگاهی کامل را دارند، ولی در این مطالعه مشاهده شد که اولین زایمان در ۶۴/۴٪ از کارکنان بهداشتی به صورت سزارین انجام شده است. همچنین در مطالعه ای در ترکیه، ۶۱/۸٪ متخصصین زنان و ماماها سابقه انجام سزارین را داشتند (۱۴). دو سوم متخصصین زنان و ماماها ترکیه برای زایمان خود و یا همسرشان سزارین را ترجیح می دادند.

مطالعه نشان داد بیشتر کارکنان بهداشتی زایمان طبیعی را بر سزارین الکتیو ارجح دانستند. از نظر کارکنان بهداشتی علل انجام سزارین به ترتیب (۱) درخواست مادر (۲) توصیه متخصصین زنان به علل غیر پزشکی و (۳) توصیه متخصصین زنان به علل پزشکی بود. مهم ترین عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی به ترتیب ترس مادر از درد زایمان، سودمند بودن سزارین از نظر اقتصادی برای پزشکان، عدم آگاهی مادر از عوارض سزارین، راحت تر بودن انجام سزارین برای پزشک و داشتن بیمه به خصوص بیمه تکمیلی برای مادران ذکر شد. نظرات کارکنان بهداشتی دارای مدرک کاردانی یا کارشناسی همچنین مامایی یا بهداشت در مورد عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی با یکدیگر تفاوتی

ترین عامل تأثیرگذار برای انتخاب سزارین را ترس مادر از درد زایمان عنوان کردند (۸، ۱۵، ۲۴ و ۲۵). مادرانی که به علت ترس از زایمان تمایل به سزارین دارند، زایمان سزارین را یک نوع زایمان بی درد می دانند که می توان با یافتن راه هایی جهت کاهش درد و آشنا کردن مادران با عوارض سزارین، از انجام این عمل جراحی کاست. در حالی که در مطالعه هایی که در کشور ترکیه و ایتالیا انجام شد، از نظر متخصصین زنان و مامایی مهم ترین عامل برای انتخاب سزارین برای خود یا همسرانشان را پیشگیری از صدمه به دستگاه تناسلی است (۱۴ و ۲۶). در طی دوران بارداری باید اطلاعات و آگاهی کافی در مورد نوع زایمان به مادر داده شود (۲۷). افزایش آگاهی مادر در زمینه روند بارداری و زایمان باعث می گردد وی خود را شریک در امر مراقبت ها بداند. درگیر شدن در امر مراقبت ها منجر به سیر طبیعی روند بارداری و زایمان شده و عوارض دوران بارداری و سزارین را کاهش می دهد (۱۲). از طرف دیگر پزشکان یک معیار تصمیم گیرنده مهم برای مادران می باشند. پزشکان و کادر پزشکی می توانند نقش قابل ملاحظه ای را در جهت آموزش مادران و کاهش میزان سزارین داشته باشند. برخی محققین معتقدند، پزشکانی که برای حضور داشتن برای زایمان بیمار فراخوانده می شوند، با توجه به زمان ورود، میزان خستگی و انگیزه اقتصادی و نیز برنامه ریزی زمان، به سمت سزارین سوق داده می شوند. در واقع زایمان طبیعی زمان بر و طولانی می باشد، در حالی که زایمان سزارین این گونه نیست و همچنین سزارین از نظر اقتصادی برای پزشکان بسیار به صرفه تر است. همچنین زمان انجام سزارین از نظر روز و ساعت مناسب قابل برنامه ریزی است (۱۵). بنابراین ترجیح پزشکان برای انجام سزارین بیشتر می باشد. مطالعه نشان داد که از نظر کارکنان بهداشتی داشتن بیمه به خصوص بیمه تکمیلی یکی از علل انجام سزارین می باشد. در واقع داشتن بیمه به خصوص بیمه تکمیلی به مادران این امکان را می دهد که برای انجام زایمان به بیمارستان های خصوصی مراجعه کنند. در مطالعه کشور ترکیه نشان داده شد که متخصصین زنان و ماماها شغل در بیمارستان های خصوصی تمایل بیشتری به انجام سزارین دارند و مادران

ولی مطالعات دیگر از ۱/۱ تا ۲۲/۵٪ انجام سزارین را در متخصصان و ماماها گزارش کردند (۱۴، ۱۹ و ۲۰). در حالی که ۹۹٪ از متخصصین زنان سوئد زایمان طبیعی را برای خود یا همسرشان به عنوان روش زایمان ترجیح می دهند (۱۹). توضیح این امر به عوامل متعددی از جمله فرهنگ، مراقبت های دوران بارداری، جنبه های مالی و حقوقی بستگی دارد (۲۰). به نظر می رسد بالا بودن میزان تمایل به سزارین در گروه شاغلین را می توان به علت تحصیلات بالاتر و وضعیت اقتصادی بهتر این گروه دانست (۲۱).

یکی از عواملی که روی سرانجام حاملگی مؤثر است، خواست اولیه مادر است (۲۱). مطالعه نشان داد از نظر کارکنان بهداشتی علل انجام سزارین به ترتیب درخواست مادر، توصیه متخصصین زنان به علل غیر پزشکی و توصیه متخصصین زنان به علل پزشکی است. ولی در مطالعه صالحیان علت سزارین در ۶۲٪ موارد تشخیص پزشک و ۱۵٪ تمایل خود فرد و مابقی به علل دیگر بود (۲۲). مطالعه Hibaba نظرات متخصصین زنان به انجام سزارین به درخواست مادر در هشت کشور اروپایی را بررسی کرد. در این مطالعه درخواست زنان برای انجام سزارین بدون دلیل پزشکی بین ۱۵ تا ۷۸٪ بود (۲۳). با این وجود پزشکان در متقاعد کردن بیماران به انتخاب سزارین نقش دارند و خود به صورت مستقیم باعث افزایش انجام سزارین می شوند. به طوری که در مطالعه شرقی، مادران عوامل مؤثر در انتخاب نهایی نوع زایمان را به ترتیب توصیه پزشک با ۳۶/۶٪ بیشترین مورد، در خطر بودن جنین و اعتقاد به بهتر بودن زایمان طبیعی برای مادر و بچه هر یک با ۱۴/۹٪ عنوان کردند. میزان دخالت پزشک در افزایش میزان سزارین طی دهه های گذشته به حدی بوده است که می توان مهم ترین علت در تصمیم به سزارین را قضاوت پزشک و شرایط محیطی حاکم بر وی و نه شرایط زایمانی بیمار دانست (۴).

در این مطالعه مهم ترین عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی به ترتیب ترس مادر از درد زایمان، سودمند بودن سزارین از نظر اقتصادی برای پزشکان، عدم آگاهی مادر از عوارض سزارین، راحت تر بودن انجام سزارین برای پزشک ذکر شد. مطالعات متعددی مهم

درخواست مادر، توصیه متخصصین زنان به علل غیر پزشکی و پزشکی بود. مهم ترین عوامل مؤثر بر سزارین های بدون دلیل پزشکی به ترتیب ترس مادر از درد زایمان، سودمند بودن سزارین از نظر اقتصادی برای پزشکان، عدم آگاهی مادر از عوارض سزارین و راحت تر بودن انجام سزارین برای پزشک برای مادران ذکر شد.

تشکر و قدردانی

از کارکنان واحد بهداشت خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که با مشارکت خود امکان اجرای این مطالعه را فراهم ساختند، صمیمانه سپاسگزاریم.

را نیز به انجام سزارین تشویق می کنند. یکی از دلایل افزایش سزارین در این مطالعه انجام سزارین در بیمارستان های خصوصی ذکر شده است

با توجه به اینکه یکی از علت های اصلی انتخاب زایمان سزارین ترس از درد زایمانی است، با استفاده از روش های گوناگون اطلاع رسانی به مردم به ویژه زنان در معرض خطر در مورد روش زایمان بی درد و مزایای آن نسبت به سزارین، در انتخاب روش زایمان صحیح به آن ها کمک کرد (۱۴).

نتیجه گیری

از نظر کارکنان بهداشتی علل انجام سزارین به ترتیب

REFERENCES

- Ahmad-Nia S, Delavar B, Eini-Zinab H, Kazemipour S, Mehryar AH, Naghavi M. Caesarean Section in the Islamic Republic of Iran: Prevalence and some Sociodemographic Correlates. *East Mediterr Health J*. 2009 Nov-Dec;15(6):1389-98.
- Health Office of Population, Family and School Administration Maternal Health. Performance and Achievements of Maternal Deaths Reported in 2011. (Full Text in Persian)
- World Health statistic, 2013. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/index.html. [cited 2015 Feb 14]
- Mohammadpourasl A, Asgharian P, Rostami F, Azizi A, Akbari H. Investigating the Choice of Delivery Method Type and Its Related Factors in Pregnant Women in Maragheh. *Knowledge & Health* 2009; 4 (1):36-39. (Full Text in Persian)
- Mohammadpourasl A, Rostami F, Torabi SS. Prevalence of Cesarean Section and Its Demographic Correlates in Tabriz. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services* 2006; 28 (3):101-105. (Full Text in Persian)
- Poorhidary M, Sozani A, Kasaeian A. The Survey of Knowledge and Attitude of Pregnant Women Referred to Medical Centers of Qom towards Type of Delivery. *Journal of Knowledge & Health*, Oct. 2007 Oct; 2 (2):28-34. (Full Text in Persian)
- Carmona M, Araico F, Miranda YA, Herruzo AJ. Changes in the Rate of Tubal Ligation Done after Cesarean Section. *Eur J obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;97: 147-151.
- Kabakian-Khasholian T. 'My Pain was Stronger than my Happiness': Experiences of Cesarean Births from Lebanon. *Midwifery* 2013;29(11):1251-6. (Full Text in Persian)
- Amiri Farahani L, Abbasi Shavazi MJ. Cesarean Section Change Trends in Iran and Some Demographic Factors Associated with them in the Past Three Decades. *Journal of Fasa University of Medical Sciences* 2012; 2 (3):127-134. (Full Text in Persian)
- Gibbons L, Belizán J.M, Lauer J, Betrán A, Merialdi M and Althabe F. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Cesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. *World Health Report (2010) Background Paper, No 30*. Available from: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts>.
- Dweik D, Girasek E, Mészáros G, Töreki A, Keresztúri A, Pál A. Non-medical Determinants of Cesarean Section in a Medically Dominated Maternity System. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014 Oct;93(10):1025-33.
- Sharifi Rad GR, Fathian Z, Tirani M, Mahaki B. Study on Behavioral Intention Model (BIM) to the Attitude of Pregnant Women toward Normal Delivery and Cesarean Section in Province of Esfahan –Khomeiny Shahr-2006. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2007; 15 (1):19-25. (Full Text in Persian)

13. Lightly K, Shaw E, Dailami N, Bisson D. Personal Birth Preferences and Actual Mode of Delivery Outcomes of Obstetricians and Gynaecologists in South West England; with Comparison to Regional and National Birth Statistics. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014 Oct;181:95-8.
14. Arikan DC, Ozer A, Arikan I, Coskun A, Kiran H. Turkish Obstetricians' Personal Preference for Mode of Delivery and Attitude toward Cesarean Delivery on Maternal Request. *Arch Gynecol Obstet.* 2011 Sep;284(3):543-9.
15. Pevzner L, Preslicka C, Bush MC, Chan K. Women's Attitudes Regarding Mode of Delivery and Cesarean Delivery on Maternal Request. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011 Jul;24(7):894-9.
16. Adageba RK, Danso KA, Adusu-Donkor A, Ankobea-Kokroe F. Awareness and Perceptions of and Attitudes towards Caesarean Delivery among Antenatal. *Ghana Med J.* 2008 December; 42(4): 137-140.
17. Mohammaditabar, S, Kiani, A, Heidari M. The Survey on Tendencies of Primiparous Women for Selecting the Mode of Delivery. *JBUMS.* 2009; 11 (3):54-59. (Full Text in Persian)
18. Ghasvari M, Rahmanian V, Rahmanian K. Knowledge of Pregnant Women in the Southwest Iran about Complications of Cesarean Section, 2009. *jjums.* 2012; 10 (2):37-42. (Full Text in Persian)
19. Gunnervik C, Sydsjö G, Sydsjö A, Selling KE, Josefsson A. Attitudes towards Cesarean Section in a Nationwide Sample of Obstetricians and Gynecologists. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(4):438-44.
20. Karlström A, Engström-Olofsson R, Nystedt A, Thomas J, Hildingsson I. Swedish Caregivers' Attitudes towards Cesarean Section on Maternal Request. *Women Birth.* 2009 Jun;22 (2):57-63.
21. Yassae F, Mohseni B. Role of Mother's Preference for the Type of . *Pejouhesh.* 2007; 31 (2):129-132. (Full Text in Persian)
22. Salehian T, Delaram M, Safdari F, Jazayeri F. Knowledge and Attitudes of Pregnant Women about Mode of Delivery in Health Centers of Shahrekord 1385-1386. *Toloo e Behdasht* 2007; 6 (2):1-9. (Full Text in Persian)
23. Habiba M, Kaminski M, Da Frè M, Marsal K, Bleker O, Librero J, Grandjean H, Gratia P, Guaschino S, Heyl W, Taylor D, Cuttini M. Cesarean Section on Request: a Comparison of Obstetricians' Attitudes in Eight European Countries. *BJOG.* 2006 Jun;113(6):647-56.
24. Stoll K, Fairbrother N, Carty E, Jordan N, Miceli C, Vostrcil Y, Willihnganz L. "It's all the Rage these Days": University Students' Attitudes toward Vaginal and Cesarean Birth. *Birth.* 2009 Jun;36 (2):133-40.
25. Liu X, Landon MB, Cheng W, Chen Y. Cesarean Delivery on Maternal Request in China: What are the Risks and Benefits? *Am J Obstet Gynecol.* 2015 Jun;212(6):817.e1-9.
26. Monari F, Di Mario S, Facchinetti F, Basevi V. Obstetricians' and Midwives' Attitudes toward Cesarean Section. *Birth.* 2008 Jun;35 (2):129-35.
27. Josefsson A, Gunnervik C, Sydsjö A, Sydsjö G. A Comparison between Swedish Midwives' and Obstetricians' & Gynecologists' Opinions on Cesarean Section. *Matern Child Health J.* 2011 Jul;15(5):555-60.

Original Article

The Views of Family Health Worker in the Subsidiary Health Centers of University on the Determinants of Cesarean Section without Medical Indication

Ali Asghar Kolahi^{1*}, Naria Abolghasemi², Farima Mohamdi³, Farnaz Ehdaevand

1. Associate Professor of Community Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. MD-MPH, Children Health Office, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.

3. Master of Exercise Physiology, Social Determinants of Health Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Obstetricians, Manager of Family Health Unit, Vice-Chancellor in Health Affairs, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* **Corresponding Author:** Ali-Asghar Kolahi; Social Determinants of Health Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Email: a.kolahi@sbmu.ac.ir

Received: 15 June 2016

Accepted: 18 August 2016

Published: 28 September 2016

How to cite this article:

Kolahi AA, Abolghasemi N, Mohamdi F, Ehdaevand F. The Views of Family Health Worker in the Subsidiary Health Centers of University on the Determinants of Cesarean Section without Medical Indication. *Community Health* 2016; 3(4): 289-98.

Abstract

Background and Objective: Increasing rates of cesarean section (C/S) in many countries have caused health officials concern. In our country cesarean sections without medical indication is a threat for health system. This study aimed to determine the views of family health unit staffs of health centers regarding cesarean sections without clinical indication in 2014.

Materials and Methods: This Cross-Sectional study was conducted in 2014 in Tehran, Iran. The study population included all employees of family health units working in health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services. A total of 739 patients were available for sampling. Data was collected using a self-administered questionnaire.

Results: In health workers view the cause of were as follows respectively: mother request 336 (45.5%), gynecologist recommendation due to nonmedical indications 234 (31.7%) and gynecologist recommendation due to medical indications 169 (22.8%). The most causes of without medical indication were mother's fear of labor pain, the cost benefit of C/S, lack of mother's Knowledge regarding C/S adverse effects, convenience of performing C/S for gynecologist and having health insurance especially supplementary insurance, respectively.

Conclusion: The study showed that the necessity of mothers and their families education regarding the methods of labor pain control and the adverse effects of C/S.

Keywords: Cesarean Section; Female; Health Services; Labor Pain