

Conflict over decision-making on choosing the birth method among primiparous mothers

Taiebe Marashi¹, Tahere Haghghi Kenari*², Ali Ramezankhani³, Moloud Agajani Delavar⁴, Soheila Khodakarim⁵

1- Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- MSc Student of Health Education, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Associated Professor, Infertility and Reproductive Health Research Center, Department of Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

5- Assistant Professor, Department of Epidemiology, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background and Aims: Natural childbirth is the best birth method. Several factors cause conflicts over birth method decision-making in mothers. The aim of this study was to determine these conflicts in primiparous mothers among women referred to health centers in Babol.

Materials and Methods: A descriptive-analytic cross-sectional study with cluster sampling was conducted on 161 primiparous mothers referred to selected Babol health centers. The “Low literacy Decisional conflict scale” was used after validity and reliability verification. The data were analyzed using SPSS V. 16. The ANOVA, and Pearson's correlation coefficient were run to analyze data. All stages of this research were conducted ethically. The consent forms were indeed completed.

Results: The mean age of pregnant women was 24.9 ± 5.3 and 27.3% (n= 44) tended to have caesarean. The mean scores of four-subscale decision-making for choosing the birth method; informed, personal values clarity, decision support and uncertainty were 47.2, 49.7, 36.2, and 41.2 of 100, respectively. Pearson correlation coefficient revealed that the four-subscale decision-making were directly correlated to each other ($P < 0.0001$). There was no significant correlation between mean score of conflict decision-making with women's decision-making on the childbirth method.

Conclusion: Findings show that almost half of the mothers had a conflict of decision-making on choosing an appropriate birth method. Although there was no statistically significant relationship between the choice of birth method and their conflict of decision-making, but this decision should be without any conflict in decision making. In order to improve women's decision-making skills, some interventions are needed.

Keywords: Delivery type, Primiparous, Conflict Decision-Making

Corresponding Author: School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: taherehaghghi200@gmail.com

Received: 23. August. 2017

Accepted: 28 . Nov. 2017

تعارض تصمیم‌گیری در انتخاب روش زایمان در مادران نخست‌زا

طیبه مرعشی^۱، طاهره حقیقی کناری^{۲*}، علی رمضانخانی^۳، مولود آقاجانی دلاور^۴، سهیلا خداکریم^۵

- ۱- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۳- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۴- دانشیار، مرکز تحقیقات باروری و ناباروری، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
- ۵- استادیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و اهداف: زایمان طبیعی بهترین نوع زایمان محسوب می‌شود. در برخی موارد عواملی منجر به تعارضاتی در تصمیم‌گیری انتخاب نوع زایمان توسط مادر می‌شود. هدف از این مطالعه، تعیین تعارض تصمیم‌گیری در انتخاب روش زایمان در مادران نخست‌زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بابل بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه به صورت مقطعی توصیفی-تحلیلی با نمونه‌گیری خوشه‌ای بر روی ۱۶۱ مادران نخست‌زا انجام شد. پرسشنامه استاندارد «تعارض تصمیم‌گیری افراد کم سواد» پس از تأیید روایی و پایایی به کار گرفته شد. داده‌ها با استفاده از SPSS ۱۶ و از طریق آنالیز واریانس و پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تمام مراحل تحقیق با رعایت موازین اخلاقی پژوهش و تکمیل فرضیات انجام گردید.

یافته‌ها: میانگین سن خانم‌های باردار $24/9 \pm 3/5$ سال بود و $27/3\%$ (۴۴ نفر) آنها تصمیم به سزارین داشتند. میانگین نمره چهار زیردامنه تعارض تصمیم‌گیری شامل آگاهی، شفافیت ارزش‌های فردی، حمایت از تصمیم و اطمینان از بهترین انتخاب در نوع زایمان به ترتیب $49/7$ ، $36/2$ و $41/2$ از ۱۰۰ نمره بود. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد، زیردامنه‌های تعارض تصمیم‌گیری با یکدیگر از نظر آماری ارتباط مستقیم و معنی داری دارد ($P < 0/0001$). بین تصمیم مادران جهت انتخاب نوع زایمان با نمره تعارض تصمیم‌گیری ارتباط معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: تقریباً نیمی از مادران تعارض تصمیم‌گیری در مورد نوع زایمان داشتند. اگرچه ارتباطی بین انتخاب نوع زایمان مادران با تعارض تصمیم‌گیری آنها مشاهده نشد. اما این انتخاب باید بدون هرگونه تعارض در تصمیم‌گیری باشد. ضرورت مداخله در راستای افزایش قدرت تصمیم‌گیری، مشاهده می‌شود.

کلید واژه‌ها: روش زایمان، نخست‌زا، تعارض تصمیم‌گیری

*نویسنده مسئول: ایران، تهران، اوین، میدان شهید شهریار، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده بهداشت.

مقدمه

یک مطالعه سیستماتیک نشان داد که تحقیقات در زمینه تصمیم‌گیری بیماران، می‌تواند به بیماران در حل و فصل تعارض‌های موجود در تصمیم‌گیری کمک نماید [۱۳]. به طور شایع نسخه اصلی ۱۶ سوالی پرسشنامه تعارض تصمیم‌گیری برای بررسی تصمیم‌گیری بیماران در مورد انتخاب یک راه حل مناسب از میان چند راه حل موجود، استفاده می‌شود. در سال ۱۹۹۳، یک نسخه پرسشنامه ۱۰ سوالی آلترناتیو، مناسب افراد کم سواد، طراحی شد و در صدها مطالعه در جمعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته و به چند زبان برگردانده و تایید شد [۱۶-۱۴]. اگرچه تا به حال در جامعه ایران بکار برده نشده است. بنابراین با توجه به ضرورت تصمیم‌گیری زنان باردار که با تعارض‌های متعددی در زمینه انتخاب نوع روش زایمان مواجه‌اند و اهمیت افزایش میزان تمایل به زایمان به روش سزارین در زنان ایرانی و زیاد بودن عوارض آن و البته به منظور کاهش عوارض و همچنین کاهش هزینه‌ها، بهبود و ارتقای سلامت و بهداشت زنان باردار، این مطالعه با تعیین تعارض تصمیم‌گیری در انتخاب روش زایمان در مادران نخست‌زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بابل در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای، ابتدا از بین مراکز بهداشتی شهری و درمانگاه‌های پره‌ناتال تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۳ مرکز انتخاب و در مرحله بعد با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، زنان باردار که در سه ماهه اول بارداری بوده و برای اولین بار جهت دریافت مراقبت‌های بارداری به مراکز منتخب مراجعه می‌کردند، در صورت تمایل مورد پرسشگری واقع شدند. با توجه به مطالعه مشابه انجام شده [۱۷] و آمار سال گذشته مراکز، پیش بینی این بود که تعداد نمونه مورد نظر در هر یک از مراکز مورد تحقیق حاصل خواهد گردید. در مراکز نیز کلیه زنان شکم اول که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند تا زمانی که سقف تعداد آنها به ۵۶ نفر در هر گروه با در نظر گرفتن ریزش ۱۰ الی ۱۵ درصد، ۵۶ نفر در نظر گرفته شد و در مجموع ۱۶۸ نفر در سه گروه بررسی گردیدند. برای انجام این مطالعه، محقق معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی بابل و با کد اخلاق به شماره IR.SBMU.RAM.REC.1395.302 از دانشگاه شهید بهشتی دریافت نمود. پس از ارائه معرفی‌نامه به مراکز آموزشی درمانی روحانی و یحیی نژاد و درمانگاه موسی الرضا مراجعه کرده و بعد از ارائه توضیحات لازم، از مسولین مراکز جهت انجام نمونه‌گیری اجازه گرفته شد. محقق پس از معرفی خود، پس از کسب موافقت و همکاری مراجعین، هدف از مطالعه، نتایج و

زایمان طبیعی بهترین روش زایمان در اکثر زنان باردار محسوب می‌گردد و عمل سزارین معمولاً محدود به مواردی است که از طریق زایمان طبیعی ممکن نبوده و یا خطرانی مادر و جنین را تهدید خواهد کرد [۳-۱]. اگر چه زمانی سزارین جان مادران و نوزادان بی‌شماری را نجات داده است، اما زایمان به شیوه سزارین عوارض و عواقبی بسیار خطرناک برای مادران در پی دارد. مساله نگران‌کننده در این زمینه میزان بالای سزارین می‌باشد که هر روزه انجام می‌شود. برخلاف پیشرفت‌های خوبی که در زمینه کاهش میزان ابتلا و مرگ زمان بارداری و پس از آن، صورت گرفته است. میزان سزارین در کشورهای پیشرفته و همچنین در کشورهای در حال پیشرفت رو به افزایش می‌باشد. بر اساس آمار اعلام شده سازمان جهانی بهداشت، ۳۵٪ کل زایمان‌ها در دنیا به روش سزارین انجام می‌شود [۴، ۵]. در آسیا و کشور چین بیش‌تر از ۵۰٪ زایمان‌ها به روش سزارین انجام می‌شود [۶]. در ایران ۵۰/۵٪ درصد زایمان‌ها، در بیمارستان‌های دولتی و آموزشی ۴۰/۷ درصد و در بیمارستان‌های خصوصی، ۸۷٪ درصد زایمان‌ها به روش سزارین گزارش شده است [۷]. در صورتیکه این میزان باید به ۵ تا ۱۵٪ کاهش یابد [۸]. سزارین‌های بدون علت مامایی و پزشکی سبب افزایش قابل توجه در میزان سزارین شده است [۹، ۱۰]. امروزه مادران، نقش به‌سزایی در انتخاب روش زایمانی دارند. زیرا یک زن باردار به عنوان یکی از حقوق اساسی خود می‌تواند نحوه زایمان را به دلخواه خود انتخاب و برنامه‌ریزی کند. زیرا بر مبنای منشور حقوق بیمار، قبول یا رد آگاهانه روش‌های درمانی جزئی از حقوق بیمار است. همیشه بیمار حق تصمیم‌گیری دارد و می‌تواند در خصوص روند درمان تصمیم‌گیری کند. استثنائات این تبصره نیز ربطی به سزارین ندارد و چهار عنصر اصلی کاربردی اخلاق پزشکی، شامل سود رسانی، ضرر نرساندن، حفظ اتونومی بیمار (شامل رضایت آگاهانه و امتناع آگاهانه)، عدالت و صداقت، باید در نظر گرفته شوند. اما مهم این است که این تصمیم براساس داده‌های درست، آگاهانه و ناشی از اطلاعات درست و دقیق باشد. برای بسیاری از زنان تصمیم‌گیری در مورد انتخاب روش زایمان، کار ساده‌ای نیست و ممکن است تحت تاثیر عوامل بسیاری واقع شود [۱۱]. در بسیاری از کشورها، آموزش‌های دوران بارداری که در مورد زایمان و والد شدن به زنان باردار و همسرانشان، به عنوان قسمتی از مراقبت‌های روتین بارداری به مادر ارائه می‌شود [۴]. پزشکان و کادر پزشکی بایستی تمام اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری را به زبان ساده در اختیار بیمار قرار دهند تا بدینوسیله تعارض در تصمیم‌گیری بیمار کاهش یابد و قادر به اتخاذ انتخاب گزینه درست شود و تصمیم اشتباهی نگیرد [۱۲، ۸].

نمرات سوالات با یکدیگر محاسبه و حاصل جمع آنها بر تعداد سوالات تقسیم گردید و سپس حاصل تقسیم در عدد ۲۵ ضرب شد و در جمع بندی نمرات هر چه نمره مجموع بالاتر، نشانه تعارض بیشتر (تصمیم نامطمئن و تاخیری) و هر چه پایین تر، تعارض در تصمیم گیری کمتر (تصمیم مطمئن) بوده (۰ نشانه عدم تعارض در تصمیم گیری و ۱۰۰ حداکثر تعارض در تصمیم گیری). میان نمره کسب شده شرکت کنندگان به عنوان نمره خط برش در نظر گرفته شد، هرگاه میانگین نمره زیردامنه‌ها و کل تعارض تصمیم گیری بیشتر از میانه نمره کسب شده شرکت کنندگان در مطالعه بوده در حد نامطلوب در نظر گرفته شد [۱۶]. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم افزار (SPSS 16 SPSS Inc. Chicago IL) و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون آنالیز واریانس و همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ضریب اطمینان ۰/۹۵ مورد نظر می‌باشد.

یافته‌ها

ابتدا ۱۶۸ نمونه وارد مطالعه شدند که ۷ نفر به دلایل متعدد از مطالعه حذف شدند. تجزیه و تحلیل آماری بر روی ۱۶۱ خانم باردار نخست انجام گرفت. میانگین سنی افراد $24/9 \pm 5/4$ سال بود. از لحاظ میزان تحصیلات، اکثراً مادران دیپلم و بالاتر (۶۹٪) و همسرانشان نیز اکثراً دیپلم (۵۶٪) و نیز بیش از ۹۰ درصد مادران، خانه‌دار بودند.

جدول ۱- توزیع فراوانی مادران مورد بررسی بر حسب مشخصات جمعیت شناختی

متغیرها	تعداد	درصد
سن مادر باردار (سال)	۸۰	۴۹/۷
۲۵ و بیشتر	۸۱	۵۰/۳
سن شوهر (سال)	۱۰۱	۶۲/۷
۳۰ و بیشتر	۶۰	۳۷/۳
محل سکونت	۸۵	۵۲/۸
روستا	۷۶	۴۷/۲
وضعیت تحصیلی مادر باردار	۴۹	۳۰/۴
کمتر از دیپلم	۴۹	۳۰/۴
بالاتر از دیپلم	۶۳	۳۹/۲
وضعیت تحصیلی شوهر	۷۰	۴۳/۵
کمتر از دیپلم	۴۵	۲۸/۰
بالاتر از دیپلم	۴۶	۲۸/۵
شغل مادر باردار	۱۴۶	۹۰/۷
کار در بیرون از خانه	۱۵	۹/۳

کاربرد آن را برای شرکت کنندگان توضیح داد. در صورت داشتن معیارهای ورود به مطالعه و موافقت برای حضور، فرم رضایت آگانه کتبی به شرکت کنندگان داده شد و فرم رضایت‌نامه توسط آنان امضا گردید. به کلیه شرکت کنندگان در مطالعه اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات محرمانه خواهد ماند. معیارهای ورود به مطالعه شامل مادران باردار نخست‌زا، سطح تحصیلات مادر حداقل پنجم ابتدایی، عدم سوابق ناباروری، عدم ممنوعیت پزشکی برای زایمان طبیعی، عدم سابقه بیماری طبی بود. ابزار گردآوری داده‌ها، مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک، نوع روش انتخابی مادر جهت ختم بارداری و پرسشنامه استاندارد «تعارض تصمیم گیری افراد کم سواد» (Low literacy Decisional Conflict Scale) [۱۶] که حاوی ۱۰ سوال با چهار زیر دامنه تصمیم گیری شامل سه سوال در رابطه با آگاهی مادر، از قبیل این که: آیا می‌دانید کدامیک از گزینه‌ها برای شما موجود است و آیا شما مزایای هر یک از گزینه‌ها را می‌دانید؟ و آیا خطرات و عوارض جانبی هر یک از گزینه‌ها را می‌دانید؟ دو سوال در رابطه با شفافیت ارزش‌های فردی که در واقع دو پرسش فوق، بیان کننده وجود یا عدم وجود اعمال فشار از طرف دیگران در انتخاب نوع زایمان می‌باشد. سه سوال در خصوص حمایت از تصمیم گیری مادر پرسیده می‌شد. از قبیل آیا شما از حمایت کافی دیگران برای انتخاب نوع زایمان برخوردار هستید؟ و آیا شما از مشاوره کافی در تصمیم گیری برخوردار هستید؟ و در نهایت دو پرسش در بخش زیردامنه اطمینان، در خصوص اطمینان از بهترین انتخاب در روش زایمان بود و در نهایت سوال می‌شد، آیا به روش زایمانی که انتخاب می‌کنند، کاملاً شناخت و اطمینان دارند، یا خیر و در واقع نشان می‌دهد که آیا مادران در زمان تصمیم گیری اطمینان کافی داشتند یا نه. جهت کسب اعتبار علمی پرسشنامه از اعتبار محتوی استفاده شد. بدین منظور نسخه انگلیسی پرسشنامه با استفاده از روش استاندارد Forward-Backward ترجمه و سپس در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی قرار داده شد و روایی پرسشنامه بررسی شد. جهت تعیین پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد. بدین ترتیب که پرسشنامه توسط پژوهشگر به روش مصاحبه بر روی ۵۴ نفر از افراد واجد شرایط تکمیل شد. سپس به فاصله دو هفته، دوباره این پرسشنامه توسط پژوهشگر به روش مصاحبه برای همین افراد تکمیل گشت. برای تمامی سوالات پرسشنامه، آزمون مجدد و برای زیردامنه شفافیت ارزش‌های فردی، آگاهی، اطمینان از بهترین انتخاب تصمیم و حمایت از تصمیم، آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۷ بدست آمد و پایایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. براساس راهنمای پرسشنامه «تعارض تصمیم گیری افراد کم سواد» به پاسخ‌های سه گزینه‌ای، بلی، مطمئن نیستم و خیر، به ترتیب نمره ۵، ۲ و ۴ داده شد. بر اساس راهنمای نمره گذاری پرسشنامه، در هر یک از زیردامنه‌ها ابتدا جمع

برای نشان دادن وجود ارتباط و همبستگی بین زیردامنه‌های پرسشنامه تعارض تصمیم‌گیری از آزمون همبستگی پیرسون کمک گرفته شد و نشان داد، نمره کل تعارض تصمیم‌گیری و زیردامنه‌های تعارض تصمیم‌گیری از قبیل آگاهی، شفافیت تصمیم‌گیری، حمایت از تصمیم‌گیری و اطمینان از بهترین انتخاب با یکدیگر از نظر آماری ارتباط مستقیم و معنی‌داری دارد (جدول ۳).

از ۱۶۱ نفر شرکت کننده در مطالعه، ۴۴ نفر (۲۷/۳٪) آنها تمایل به انجام سزارین و ۱۰۴ نفر (۶۴/۶٪) تمایل به زایمان طبیعی داشتند. درحالی که ۸/۱٪ زنان در تصمیم‌گیری‌شان مردد بودند. طبق نتایج جدول شماره ۴، آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که روش زایمان انتخابی با تعارض تصمیم‌گیری و زیردامنه‌های آن ارتباط آماری معنی‌داری ندارد ($P > 0/05$). ارتباط تعارض تصمیم‌گیری و زیردامنه‌های آن با متغیرهای سن مادر، سن همسر و محل سکونت، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج ارتباط آماری معنی‌داری بین تعارض تصمیم‌گیری با متغیرهای دموگرافیک نشان نداد.

جدول شماره ۱، نتایج بررسی میزان تعارض تصمیم‌گیری مادران باردار در مورد انتخاب نوع زایمان توسط پرسشنامه تعارض تصمیم‌گیری افراد کم سواد را نشان می‌دهد. میانگین نمره کل تعارض تصمیم‌گیری در مادران باردار ۴۳/۲ از ۱۰۰ نمره بود. میانگین نمره زیردامنه‌های آگاهی و شفافیت ارزش‌های فردی تعارض تصمیم‌گیری نزدیک به ۵۰ بود و کمی بهتر از میانگین نمره دو زیردامنه دیگر، حمایت از تصمیم و اطمینان از بهترین انتخاب تصمیم بود.

جدول ۲- میانگین نمرات زیردامنه‌های تعارض تصمیم‌گیری مادران نخست‌زا در مورد انتخاب روش زایمان

تعارض تصمیم‌گیری و زیردامنه	میانگین*	انحراف معیار
آگاهی	۴۷/۲	۳۴/۵
شفافیت ارزش‌های فردی	۴۹/۷	۳۸/۷
حمایت از تصمیم	۳۶/۲	۳۳/۵
اطمینان از بهترین انتخاب تصمیم‌گیری	۴۱/۲	۳۸/۵
کل	۴۳/۲	۲۷/۷

* هرچه میزان میانگین نمره بیشتر، میزان تعارض بیشتر و هرچه میزان نمره کمتر، میزان تعارض فرد در تصمیم‌گیری کمتر می‌باشد.

جدول ۳- ضریب همبستگی بین تعارض تصمیم‌گیری مادران نخست‌زا در مورد انتخاب روش زایمان و زیردامنه‌های آن با یکدیگر

عناوین	آگاهی	شفافیت ارزش‌های فردی	حمایت از تصمیم	اطمینان از بهترین انتخاب	کل
آگاهی	۱				
شفافیت ارزش‌های فردی	۰/۶۶	۱			
حمایت از تصمیم	۰/۳۵	۰/۴۰	۱		
اطمینان از بهترین انتخاب تصمیم‌گیری	۰/۴۶	۰/۵۳	۰/۵۵	۱	
کل	۰/۷۹۹	۰/۸۰	۰/۸۰	۰/۷۹	۱

* تمامی موارد در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۰۰۱ بود.

جدول ۴- بررسی وضعیت تصمیم‌گیری نمونه‌های مورد پژوهش جهت انتخاب نوع زایمان بر اساس نمره کسب شده پرسشنامه تعارض تصمیم‌گیری

زیردامنه	تصمیم‌گیری	انحراف معیار \pm میانگین		p-value
		تصمیم به زایمان طبیعی	تصمیم به سزارین	
آگاهی	۴۵/۸ \pm ۳۵/۱	۴۵/۱ \pm ۳۱/۶	۶۵/۴ \pm ۱۹/۸	۰/۱۴۰
شفافیت ارزش‌های فردی	۵۰/۰ \pm ۳۸/۱	۴۷/۰ \pm ۳۲/۶	۶۱/۵ \pm ۲۸/۲	۰/۴۲۸
حمایت از تصمیم	۳۸/۵ \pm ۳۴/۷	۳۲/۲ \pm ۳۰/۴	۳۳/۳ \pm ۳۵/۵	۰/۵۵۰
اطمینان از بهترین	۴۴/۴ \pm ۳۹/۴	۳۱/۸ \pm ۲۷/۱	۴۸/۱ \pm ۳۳/۰	۰/۱۵۵
کل	۴۴/۲ \pm ۲۸/۸	۳۸/۹ \pm ۲۵/۹	۵۱/۵ \pm ۲۴/۳	۰/۳۰۷

کاهش سزارین انجام گرفت. زیرا در بسیاری از موارد، زنان نقش مهمی در تصمیم‌گیری برای انتخاب روش زایمان دارند. مجامع پزشکی بین‌المللی و کشورهای پیشرفته، ضمن تاکید بر انجام

بحث

این مطالعه به منظور بررسی میزان تعارض تصمیم‌گیری در انتخاب نوع روش زایمان جهت ترغیب مادران به انجام زایمان طبیعی و

فرهنگ متفاوت این کشورها باشد؛ زیرا تمایل زنان ایرانی به انجام سزارین علاوه بر ناآگاهی جامعه، ممکن است به مسائل فرهنگی و اجتماعی بسیار پیچیده‌ای ارتباط داشته باشد و همچنین موانع قانونی برای انجام سزارین بر مبنای درخواست مادر در کشورهای اروپایی و آمریکا وجود ندارد [۱۹]. به همین منظور طبق توصیه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بایستی برنامه‌های آموزشی پیوسته و مستمر از طریق واحدهای بهداشتی درمانی در برنامه مراقبت مادران باردار به صورت برگزاری کلاس‌ها، انجام مشاوره و تبیین و توضیح فواید زایمان طبیعی و ضررهای سزارین در جنین و مادر و تشویق همسران و نزدیکان مادر در شرکت در کلاس‌های آموزشی به منظور ایجاد و استحکام پایگاه حمایتی در خانواده در جهت رفع نگرانی و ایجاد اطمینان در انتخاب نوع روش زایمان و تولد نوزاد آنان گنجانده شود.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه نشان داده شده که اگر درخواست مادر باردار، آگاهانه و مبتنی بر اطلاعات مورد نیاز، همراه با شفافیت ارزش‌های فردی، داشتن اطمینان از بهترین انتخاب تصمیم و برخوردار از حمایت همسر در انتخاب نوع روش زایمانی باشد، منجر به عملکرد صحیح شده و در صورت درخواست مادر برای زایمان به شیوه جراحی، این مساله به دقت بین وی و پزشک مورد بحث قرار گرفته و زایمان سزارین طبق درخواست وی می‌تواند، صورت گرفته و بحث کم‌تری نیز ایجاد می‌شود [۱۱] همچنین در مطالعه حاضر، ارتباطی بین انتخاب نوع زایمان مادران با تعارض تصمیم‌گیری آنها مشاهده نشد؛ بنابراین توصیه می‌شود، در راستای افزایش قدرت تصمیم‌گیری، برنامه مناسب مداخله‌ای جهت بهبود تصمیم‌گیری زنان باردار نسبت به انتخاب روش زایمان از طریق واحدهای بهداشتی درمانی در برنامه مراقبت مادران گنجانده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بدین وسیله از اعضای محترم شورای پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی جهت تصویب، معاونت آموزشی بیمارستان‌های روحانی و درمانگاه یحیی‌نژاد و درمانگاه موسی‌الرضا به دلیل حمایت و پشتیبانی از اجرای این پژوهش و همچنین از کلیه مادران باردار شهر بابل که در انجام این طرح مشارکت نموده‌اند، مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌دارند.

زایمان طبیعی، برای خواسته‌ها و ترجیحات مادران باردار نیز اهمیت خاصی قائل هستند [۱۲]. یافته‌ها نشان داد در حدود نیمی از مادران (۴۹/۷٪) وضعیت تصمیم‌گیری شان در انتخاب روش زایمان کمتر از حد مطلوب بوده است. بطوریکه در کل ۳۶ درصد افراد مورد مطالعه از آگاهی کافی برای تصمیم‌گیری برخوردار نبودند. در سایر مطالعات میزان آگاهی کافی زنان باردار ایرانی نسبت به مزایای زایمان طبیعی و معایب سزارین بین ۱ تا ۴۳ درصد متغیر گزارش شد [۱۷-۱۹]. انجمن علمی مراقبت‌های دوران بارداری و نوزادان در بریتانیا، مهمترین راهکار خود را برای کاهش و متعادل ساختن فراوانی سزارین، ارتقاء سطح آگاهی مادران می‌داند [۱۳]. بنابراین مهمترین راهکار برای کاهش و متعادل ساختن فراوانی سزارین ارائه اطلاعات صحیح درمورد انواع زایمان و مزایا و خطرات آن به مادران است. تا اینکه تصمیم‌گیری مادران بر انتخاب روش زایمان مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع باشد و همچنین خود مختاری و عدالت در مورد بیمار به اجرا گذاشته شود.

همچنین نتایج مطالعه نشان داد، ۲۷/۳ درصد زنان در تصمیم‌گیری انتخاب روش زایمانی اطمینان لازم را نداشتند و بیش از نیمی از نمونه‌های مورد پژوهش (۵۲/۸٪) نیز از حمایت خوبی در امر انتخاب نوع زایمان برخوردار نبودند. در مطالعه افشان شرقی و همکاران نیز ۶۶/۴ درصد زنان برخلاف تمایل‌شان و به توصیه و اصرار شوهرانشان سزارین کرده بودند که بیانگر تاثیر حمایتی دیگران در انتخاب نوع زایمان و تاثیر پذیری مادران در این زمینه می‌باشد [۲۰، ۲۱]. همچنین در مطالعه دیگری توسط پورکو، ۶۴ درصد زنان نقش شوهرانشان در امر انتخاب نوع زایمان را موثر دانستند [۲۲]. بعلاوه ۳۴/۸ درصد نمونه‌های مورد مطالعه حاضر، در واقع در تصمیم‌گیری شان در انتخاب روش زایمانی از شفافیت ارزش‌های فردی برخوردار نبودند. آگاهی و شفافیت ارزش‌های فردی مادران در رابطه با انتخاب نوع زایمان در تصمیم‌گیری صحیح آنان، بسیار موثر می‌باشد. به نظر می‌رسد عوامل دیگری از قبیل ترجیح همسران، عدم توجه به ارزش‌های فردی مادر و تصمیم‌گیری در شرایط عدم اطمینان از جمله دلایل بالا رفتن سزارین می‌باشد.

در مطالعه حاضر ۲۷/۳ درصد از زنان شرکت کننده تمایل به انجام سزارین داشتند که این یافته با مطالعه محمدی و همکاران در سال ۱۳۹۳ که گزارش نمودند ۳۱٪ زنان نخست‌زا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی منتخب شهر تهران تمایل به انجام سزارین داشتند، همسو است [۲۳]. در حالیکه، در آمریکا، ۱۷/۳ درصد از سزارین‌ها بر اساس خواست مادر انجام می‌شود و در شمال اروپا این آمار ۸-۶ درصد است [۱۸-۱۶]. این خود نشان دهنده دو چیز است، اولاً درخواست مادران برای انجام سزارین در آمریکا در مقایسه با ایران بسیار پائین‌تر است که می‌تواند به علت آموزش گسترده و

References

1. Liu NH, Mazzone 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.<http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-10-2>.
2. Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there “unnecessary” cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth* 2007; 34(1):32-41.
3. Taavoni S, Haghani H, Mirzendedel S. Vaginal delivery and cesarean section: Comparative study of personal characteristics. *Middle East Journal of Nursing* 2007; 1:1-3.
4. Fabian HM, Rådestad IJ, Waldenström U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women’s opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2005; 84(5):436-43.
5. Little MO, Lysterly AD, Mitchell LM, Armstrong EM, Harris LH, Kukla R, et al. Mode of delivery: Toward responsible inclusion of patient preferences. *Obstetrics and Gynecology* 2008; 112(4):913-18.
6. Sharpe A, Waring G, Rees J, McGarry K, Hinshaw K. Caesarean section at maternal request—the differing views of patients and healthcare professionals: A questionnaire based study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2015; 192:54-60.
7. Azami-Aghdash S, Ghojzadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M. Prevalence and causes of cesarean section in Iran: Systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health* 2014; 43(5):545-55.
8. Ministry of Health and Medical Education. Managed Care Instruction No. (5). Available from: https://treatment.sbm.ac.ir/uploads/0013-managed_care.pdf. Accessed Jun 5, 2017 (In Persian).
9. Penna L, Arulkumaran S. Cesarean section for non-medical reasons. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2003; 82(3):399-409.
10. Zwelling E. The emergence of high-tech birthing. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2008; 37(1):85-93.
11. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Williams obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw Hill; 2010.
12. Walker R, Turnbull D, Wilkinson C. Increasing cesarean section rates: Exploring the role of culture in an Australian community. *Birth* 2004; 31(2):117-24.
13. Volk RJ, Hawley ST, Kneuper S, Holden EW, Stroud LA, Cooper CP, et al. Trials of decision aids for prostate cancer screening: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2007; 33(5):428-34.
14. O’Connor A. User Manual-Decisional Conflict Scale. 1993. See [<https://decisionaid.ohri.ca/eval.html#DecisionalConflictScale>](last checked 27 October 2009) 2010. Accessed Jun 15, 2017.
15. O’Connor AM. Validation of a decisional conflict scale. *Medical Decision Making* 1995; 15(1):25-30.

16. O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Rovner D, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; (2):Cd001431.
17. Ghasvari M, Rahmanian V, Rahmanian K. Knowledge of pregnant women in the southwest Iran about complications of cesarean section, 2009. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* 2012; 10(2):31-35.
18. Salehian T, Delaram M, Safdari F, Jazayeri F. Knowledge and attitudes of pregnant women about mode of delivery in health centers of Shahrekord. *Shahrekord Journal of Nursing and Midwifery* 2005; 6(2):1-9 (In Persian).
19. Yarandi F, Rezaee Z, Eftekhari Z, Saadat H, Ansari Jafari M. The knowledge and attitude of pregnant women about delivery methods in health centers in Tehran. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2002; 11(42):15-20 (In Persian).
20. Sharghi A, Kamran A, Sharifirad G. Assessing the factors influencing delivery method selection in primiparous pregnant women referred to health centers in Ardabil, 2010. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences* 2011; 15(3):234-42 (In Persian).
21. Aliabedian A, Agajani Delavar M, Khan Mohammadi A. Iranian men's attendance in pregnancy. *Caspian Journal of Reproductive Medicine* 2015; 1(3):12-17.
22. Porreco RP. Meeting the challenge of the rising cesarean birth rate. *Obstetrics & Gynecology* 1990; 75(1):133-36.
23. Mohammadi G, Abbasi M. Study of informed decision making in pregnant women about delivery method. *Medical Ethics Journal* 2015; 8(27):53-69 (In Persian).