عوامل مؤثر در انتخاب روش زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تهران

شفیقه محمدی تبار
پروین رهنما[1]
معصومه حیدری
آزیتا کیانی
خدیجه محمدی

چکیده

برای بسیاری از زنان تصمیم گیری در مورد انتخاب روش زایمان کار ساده‌ای نیست و این تصمیم‌گیری تحت تأثیر عوامل بسیاری واقع می شود .مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی با هدف بررسی منابع دریافت اطلاعات به منظور انتخاب روش زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تهران انجام شد. افراد مورد مطالعه ۱۰۰۰ خانم باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهرتهران به منظور انجام زایمان بودند. جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه و پرسشنامه انجام گرفت. نتایج مطالعه بیانگر آن بود که زنان باردار در۴/۱درصد اطلاعات خود را در ارتباط با روش زایمان از طریق رادیو و تلویزیون، ۱۴/۷ درصد از کتاب، ۴۲/۳ درصد از اطرافیان و ۱۳/۳ درصد از پرسنل بهداشتی به دست آورده بودند. همچنین بین شغل (p=۰/۰۰۱)، میزان تحصیلات (p=۰/۰۰۱)، سن مادر (p=۰/۰۰۱)، نوع بیمارستان (p=۰/۰۰۱)، ترس از زایمان طبیعی (p=۰/۰۳۲)روش زایمان (p=۰/۰۰۱) با منبع کسب اطلاعات ارتباط معنی دار آماری وجود دارد. با توجه به وجود ارتباط بین عوامل متفاوت با منابع اطلاعاتی به نظر می‌رسد ارائه اطلاعات صحیح، از طریق پرسنل بهداشتی می‌تواند نقش مهمی را در ارتقاء دانش و نگرش مادران در زمینه مذکور داشته باشد.

واژگان کلیدی

سزارین؛ زایمان طبیعی؛ آموزش؛ سزارین انتخابی

---

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد (نویسنده مسؤول)
Email: p_rahnama1381@yahoo.com

مقدمه

برای بسیاری از زنان تصمیم‌گیری در مورد انتخاب روش زایمان کار ساده‌ای نیست و ممکن است تحت تاثیر عوامل بسیاری واقع شود. این عوامل شامل جنبه‌های اجتماعی، خانوادگی، توصیه پزشکی و تجارب زایمان قبلی همینطور خطر نسبی و منافع زایمان واژینال در مقابل سزارین در شرایط حاملگی کنونیشان می‌باشد(واکر، ۲۰۰۴م.).

آموزش بهداشت همراه با در نظر گرفتن وضعیت فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی خانم‌های باردار و خانواده آنها با آموزش و مشاوره در مراقبت‌های دوران بارداری می تواند از افزایش بی‌رویه سزارین در سیستم بهداشت و درمان کشور جلوگیری نماید(جودیت، ۲۰۰۶م.، ص۱۰). ارتباط بین پزشکان و بیماران یا بطور وسیع‌تر جامعه، اخیراً تغییرات قابل توجهی یافته است پزشکان در حالی‌که باید بر اساس وجدان خود و همواره همسو با بهترین منافع بیمار عمل کنند تلاش یکسانی را باید برای تضمین خودمختاری و عدالت در مورد بیمار به عمل آورند. اکنون بسیاری از مردم خود را به عنوان اولین فراهم کنندگان مراقبت‌های بهداشتی برای خویش در نظر می‌گیرند و نقش پزشکان در اینجا در سطح یک مشاور یا آموزگار می‌باشد(بولتن سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶م.).

امروزه سزارین‌های بدون علت طبی از فاکتورهای مهمی است که میزان سزارین را افزایش داده است به نحوی که درخواست مادر برای سزارین انتخابی در مواقعی که اندیکاسیون طبی یا مامایی وجود ندارد به لیست اندیکاسیون‌های سزارین افزوده شده است(پنا و آرولکوماران، ۲۰۰۳م.).

در نظر عموم مردم و در متون پزشکی، درخواست مادر به عنوان یکی از حقوق اساسی مادر در نظر گرفته می‌شود، زیرا در حرفه پزشکی رعایت ملاحظات

اخلاقی و حقوق بیمار اجتناب ناپذیر است .بطوریکه یکی از اساسی‌ترین اصول اخلاق پزشکی احترام به حریم انسانی و شخصیت مستقل بیماران و آزادی و خودمختاری آنان است(برگولت و همکاران، ۲۰۰۴م.). از دیدگاه اخلاقی، باید به اتونومی بیمار احترام گذاشته شده و انتخاب آگاهانه، محفوظ باشد (ترانکوئیل وگیانوبیلو،۲۰۰۴م.). با توجه به مسائل فوق انتخاب زایمان به روش سزارین توسط مادران از موضوعات بحث انگیز است(لیتل ۲۰۰۸م.، هوبرگ، ۲۰۰۸م.) برخی معتقدند باید خود بیماران حق انتخاب سزارین را داشته باشند و نباید انجام آن فقط منوط به شرایط بالینی خاص باشد(هارر، ۲۰۰۰.م.، ص۱۵). در مقابل گروهی دیگر سزارین انتخابی را خلاف اصول اخلاقی و پزشکی دانسته‌اند(کالیش و همکاران، ۲۰۰۸م. و بولی، کوک بوم، ۲۰۰۲م.) به نظر مشکل می‌توان آزادی عمل در انجام چنین عمل جراحی بزرگی را موجه دانست چراکه در سزارین‌های غیرضروری عوارضی همچون خونریزی، عفونت، آتلکتازی، ترمبوآمبولی و مرگ و میر مادری و نوزادی در مقایسه با زایمان طبیعی بیشتر است(کانینگهام، ۲۰۰۵م.). علاوه بر عوارض گفته شده برخلاف تصور عمومی در مقایسه با زایمان طبیعی سزارین‌های انتخابی نه تنها با بهبود پیامدهای مادری و نوزادی همراه نیستند، بلکه منجر به افزایش هزینه‌های هنگفت برای خانواده ها و نظام سلامت هر کشور می‌باشند(هافبرگو وارد،۲۰۰۳م.).

درخواست مادران باید مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع باشد و یکی از وظایف مهم پرسنل بهداشتی ارائه اطلاعات صحیح به مادران می‌باشد و این مهم نیز از حقوق بیمار می‌باشد. یکی از فرآیندهای درمان حق آگاهی بیمار به منظور اینکه بیمار بتواند به طور کامل از فرآیند انتخاب نوع درمان که به او مربوط می‌شود مطلع گردد، می‌باشد. پزشکان و کارکنان پیراپزشکی باید هرکدام در قلمرو صلاحیت و تخصص خود در آگاه ساختن بیمار مشارکت کنند اطلاعات

مربوط به بیماری و درمان باید به زبان ساده و به صورت قابل فهم در اختیار بیمار قرار گیرد. همچنین هر فردی این حق را دارد که آموزش بهداشتی لازم را که بتواند به وی درخصوص انتخاب بین گزینه‌های مربوط به سلامت انفرادی یا خدمات بهداشتی درمانی کمک کند دریافت دارد.

در ایران نیز در منشور حقوق بیمار می‌خوانیم که بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً و یا در صورت تمایل از طریق یکی از بستگان از پزشک معالج درخواست نماید و یا اینکه بیمار حق دارد قبل از معاینات و یا اجرای درمان، اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش‌ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب نهایی درمان مشارکت نماید(قوانین مرتبط باپزشکی،۲۰۱۰م.).

انجمن علمی مراقبت‌های دوران بارداری و نوزادان در بریتانیا در سال‌های اخیر مهمترین راهکار خود را برای کاهش و متعادل ساختن فراوانی سزارین ارتقاء سطح آگاهی مادران و تلاش جهت کاهش ترس آنها از زایمان همچنین بالا رفتن اعتماد آنها به سیستم بهداشتی می‌داند به طوریکه معتقد است در مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری باید جلسات آموزشی مشاوره قبل از تولد به صورت جزء جدایی ناپذیر مراقبت‌های دوران بارداری قرار گیرد (موسکوکیو، ۲۰۰۳م.،ص۱۶۹).

اگر پزشک به بیمار تمام اطلاعاتی را که نیاز دارد و در مورد تشخیص، پیش آگهی و گزینه‌های درمانی می‌خواهد بداند بدهد آنگاه بیمار در وضعیتی قرار می‌گیرد که بتواند یک تصمیم آگاهانه در مورد گام‌های درمانی آتی بگیرد(بولتن سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶م.). پس خواست و رضایت مادران برای سزارین باید مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع باشد که از وظایف کادر پزشکی می‌باشد.

پژوهش حاضر به منظور بررسی منابع دریافت اطلاعات به منظور انتخاب روش زایمان در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تهران انجام شد.

روش

تحقیق با طراحی توصیفی از نوع مقطعی(cross sectional)در سال ۱۳۸۸انجام شده است. پس از مطالعات مقدماتی و تعیین تعداد نمونه، نمونه‌گیری با روش طبقه‌بندی خوشه‌ای در دو مرحله انجام شد. ابتدا بیمارستان‌ها به بیمارستان‌های خصوصی و دولتی تقسیم گردید و سپس از بین بیمارستان‌ها برحسب مناطق مختلف تهران به طور تصادفی بیمارستان‌های مورد نظر انتخاب گردید.

پس از هماهنگی با بیمارستان‌های مورد نظر و جامعه پژوهش و کسب رضایت از شرکت‌کننده‌ها در مطالعه در نهایت ۱۰۰۰ خانم باردار که برای زایمان به آن بیمارستان‌ها مراجعه کرده بودند انتخاب شدند.

پرسشنامه مورد استفاده شامل مشخصات فردی و سؤالات مربوط به علل انجام سزارین و چگونگی دریافت اطلاعات در مورد بارداری و زایمان بود. اعتباریابی محتوا با روش دلفی انجام و مورد تأیید قرار گرفت. همچنین به منظور حصول اعتماد پرسشنامه از آزمون test retest استفاده گردید و مورد تأیید واقع شد(r=۰/۹۲). اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS با ویراست ۱۱/۵و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای دو با سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی ۱۰۰۰ نفر انجام گرفت. متوسط سن افراد مورد مطالعه ۲۶/۹ سال (انحراف معیار=۵/۱۶) بود. ۸۶/۴ درصد از مادران خانه دار و ۱۳/۶

درصد شاغل بودند. سطح تحصیلات ۱۳/۳ درصد از مادران ابتدایی،۷۱/۳ درصد راهنمایی و دبیرستان و ۱۵/۵ درصد بالاتر از دیپلم بودند. ۶۰/۵ درصد زایمان‌ها در بیمارستان دولتی و۳۹/۴درصد زایمان‌ها در بیمارستان خصوصی انجام شده بود. در این مطالعه میزان شیوع سزارین ۶۱/۱ درصد و زایمان طبیعی ۳۸/۹ درصد بود. نتایج مطالعه بیانگر آن بود که زنان باردار در۴/۱درصد اطلاعات خود را در ارتباط با روش زایمان از طریق رادیو و تلویزیون، ۱۴/۷ درصد از کتاب، ۴۲/۳ درصد از اطرافیان و ۱۳/۳ درصد از پرسنل بهداشتی به دست آورده بودند(نمودار شماره ۱). همچنین بین شغل(p=۰/۰۰۱)، میزان تحصیلات (p=۰/۰۰۱)، سن مادر (p=۰/۰۰۱)، نوع بیمارستان (p=۰/۰۰۱)، ترس از زایمان طبیعی (p=۰/۰۳۲)، روش زایمان (p=۰/۰۰۱) با منبع کسب اطلاعات ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد. در ضمن اطلاعات حاصل نشان می‌دهد که مادران شاغل نسبت به مادران خانه‌دار ازطریق خواندن کتاب بیشتر اطلاعات کسب کرده‌اند(۲۷/۶ درصد در مقابل ۱۲/۴ درصد) و مادران خانه‌دار نسبت به مادران شاغل از طریق اطرافیان اطلاعات بیشتری (به ترتیب ۴۴/۳ درصد در مقابل ۳۱ درصد) دریافت داشته اند. خانم‌های در سنین پایین‌تر از اطرافیان بیشتر از دیگر سنین اطلاعات کسب کرده‌اند بطوریکه خانم‌های کمتر از ۲۰ سال ۷۵ درصد اطلاعات خود را از اطرافیان کسب کرده‌اند ولی خانم‌هایی که سن بالاتری داشته‌اند به ترتیب۳۰-۲۰ سال ۴۴/۸ درصد ۳۵-۳۱ سال ۳۴/۳ درصد و بیش از ۳۵ سال ۲۰/۳ درصد اطلاعات خود را از اطرافیان بدست آورده‌اند. همچنین خانم‌های با تحصیلات پایین‌تر بیشتر اطلاعات خود را از اطرافیان دریافت کرده‌اند(ابتدایی ۳۴/۵ درصد راهنمایی و دبیرستان ۴۷/۶ درصد و بالاتر از دیپلم ۲۸/۷ درصد) و خانم‌های با تحصیلات بالاترنسبت به دیگر خانم‌ها از کتاب بیشتر برای دریافت ا اطلاعات در

مورد زایمان استفاده کرده‌اند (ابتدایی ۴/۲ درصد، راهنمایی و دبیرستان ۱۱/۹ درصد و بالاتر از دیپلم ۳۱/۷ درصد). درضمن یافته‌ها نشان می‌دهد خانم‌هایی که در بیمارستان‌های خصوصی زایمان کرده‌اند نسبت به خانم‌هایی که در بیمارستان‌های دولتی زایمان کرده‌اند از پزشکان کمتر اطلاعات کسب کرده‌اند(۹/۴ درصد در مقابل ۱۵/۸ درصد). کسانی‌که اطلاعات خود را از گروه پزشکی دریافت کرده‌اند میزان زایمان طبیعی بیشتر می‌باشد و همین‌طور کسانی که اطلاعات خود را از گروه پزشکی دریافت کرده بودند ترس از درد غیرقابل تحمل زایمان را کمتر مطرح کرده بودند(۸/۴ درصد در مقابل ۱۳/۵ درصد). در ۶۴/۸ درصد افرادی که اطلاعات خود را از پرسنل بهداشتی دریافت کرده‌اند زایمان آنها به روش طبیعی انجام شده است. همچنین در ۶۸/۲ درصد افرادی که از درد شدید به هنگام زایمان ترس نداشته‌اند اطلاعات خود را از پرسنل بهداشتی دریافت کرده بودند(جدول شماره ۱).

بحث

در سال‌های اخیر مهمترین راهکار برای کاهش و متعادل ساختن فراوانی سزارین ارتقاء سطح آگاهی مادران و تلاش جهت کاهش ترس آنها از زایمان همچنین بالا رفتن اعتماد آنها به سیستم بهداشتی می‌باشد و این آموزش‌ها باید در مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری جلسات آموزشی مشاوره قبل از تولد گنجانده شود و مسؤول این آموزش و آگاهی‌دادن به بیماران پزشکان و کادر پزشکی و مامایی می‌باشد(موسکوکیو ،۲۰۰۳م.).

همچنان‌که راهنمای کلینیکی انجمن ملی سلامت در مورد سزارین می‌گوید تمام مادران باید از پزشک و مامای خود در مورد دلایل انجام سزارین و خطرات

و مزایای آن اطلاعات کافی را دریافت دارند (بنیاد ملی کلینیک برتر لندن ،۲۰۰۴م.). در مطالعه دیگری نتایج بیانگر آن است که خانم‌ها دوست دارند اطلاعات مورد نیاز خود را از پرسنل پزشکی دریافت دارند(ام ای موفات و همکاران،۲۰۰۷م.).

پژوهش حاضر نشان می دهد مادران اطلاعات خود را در مورد زایمان و روش‌های مختلف زایمانی از طرق دیگر کسب کرده‌اند بطوری‌که ۴۲/۳ درصد اطلاعات را از اطرافیان خود کسب کرده‌اند که این اطلاعات می‌تواند غلط بوده و منجر به باورهای غلط در بین زنان باردار شود و در ۱۳/۳ درصد منابع کسب اطلاعات آنان توسط پرسنل بهداشتی بوده است.

اطلاعات حاضر نشان می‌دهد که خانم‌های خانه‌دار نسبت به خانم‌های شاغل از اطرافیان بیشتر و از کتاب کمتر برای دریافت اطلاعات استفاده می‌کنند همچنین خانم‌هایی که تحصیلات پایین‌تری دارند از کتاب کمتر به عنوان منبع اطلاعاتی استفاده می‌کنند. خانم‌هایی که سن کمتری داشته‌اند نسبت به دیگران بیشتر از اطرافیان برای دریافت اطلاعات استفاده کرده‌اند در بین خانم‌هایی که بیمارستان‌های خصوصی را برای زایمان خود انتخاب کرده‌اند برای دریافت اطلاعات از پزشکان کمتر بهره برده‌اند. بنابراین به نظر می‌رسد که خانم‌ها شرایط متفاوت و احتیاجات متفاوت برای آموزش دارند و مناسب است که کادر پزشکی این احتیاجات را در نظر گرفته و در دوران پری ناتال با توجه به این تفاوت‌ها آموزش‌های لازم را به مادران باردار ارائه نمایند.

گراهام و همکاران بیان می‌کنند که احتیاجات مادران برای دریافت اطلاعات و همین‌طور میل آنها برای تصمیم‌گیری جهت انتخاب نوع زایمان متفاوت می‌باشد و باید مراقبین بهداشتی با توجه به این تفاوت‌ها پاسخ‌گو باشند و طبق استانداردها با خانم‌های باردار ارتباط برقرار کرده و در موردا نواع زایمان و مزایا و خطرات آن

اطلاعات لازم را به مادران بدهند(گراهام و هاندلی و مک کین و هال و کارنی و میلن،۱۹۹۹م.).

منکر و همکاران نیز علل افزایش سزارین را در بین خانم‌هایی که هیچ اندیکاسیونی برا ی سزارین نداشتند مورد بررسی قرار داده‌اند و به نقش قابل توجه پزشکان در انتخاب سزارین توسط مادران اشاره کردند(منکر و کورتین ،۲۰۰۱م.).

اطلاعات نشان می‌دهد خانم‌هایی که از پزشکان اطلاعات خود را کسب کرده‌اند نسبت به دیگران ترس کمتری از درد زایمان طبیعی داشته‌اند. هیلدنروم در طی تحقیقات خود خانم‌هایی را که ترس از زایمان طبیعی داشتند را تحت مشاوره قرار داده و مشاهده کرد که از طریق مشاوره با خانم‌هایی که ترس از زایمان طبیعی داشتند و سزارین را انتخاب کرده بودن بیشتر آنها(۹۳درصد) تصمیم خود را عوض کرده و تمایل به زایمان طبیعی پیدا کردند(هیلد نروم و لوتا هالورسون و تورسورلی و پال اویان، ۲۰۰۶م.).

انجمن علمی مراقبت‌های دوران بارداری و نوزادان در بریتانیا در سال‌های اخیر مهمترین راهکار خود را برای کاهش و متعادل ساختن فراوانی سزارین ارتقاء سطح آگاهی مادران و تلاش جهت کاهش ترس آنها از زایمان همچنین بالا رفتن اعتماد آنها به سیستم بهداشتی می‌داند به طوری‌که معتقد است در مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری جلسات آموزشی مشاوره قبل از تولد به صورت جزء جدایی ناپذیر مراقبت‌های دوران بارداری قرار گیرد(موسکوکیو، ۲۰۰۳م.).

با توجه به یافته‌های این پژوهش خانم‌هایی که از گروه پزشکی اطلاعات خود را دریافت کرده بودند میزان زایمان طبیعی بیشتر و میزان سزارین در آنها کمتر است. به نظر می‌رسد که گروه پزشکی نقش به سزایی بر روی زنان داشته و می‌توانند این نقش خود را با آموزش پر رنگ‌تر کنند.

جودیت نیز بر نقش آموزش دوران بارداری تأکید کرده و می‌گوید آموزش به زنان باردار در مورد زایمان و روند آن می‌تواند موجب آمادگی روحی و روانی آنان جهت مقابله با روند زایمان گردد. آموزش بهداشت همراه با در نظر گرفتن وضعیت فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی خانم‌های باردار و خانواده آنها با آموزش و مشاوره در مراقبت‌های دوران بارداری می‌تواند از افزایش بی‌رویه سزارین در سیستم بهداشت و درمان کشور جلوگیری نماید(جودیت و لوتیان، ۲۰۰۶م.).

نتیجه‌گیری

همان‌گونه که بیان گردید امروزه مادران نقش به سزایی در انتخاب سزارین به عنوان روش زایمانی دارند و این نقش خانم‌ها تحت تأثیر عوامل مختلفی می‌باشد که گروه‌های پزشکی باید این عوامل را که شامل جنبه‌های اجتماعی، خانوادگی، توصیه پزشکی و تجارب زایمان قبلی همین‌طور خطر نسبی و منافع زایمان واژینال در مقابل سزارین و غیره می‌باشد را در نظر داشته باشند و باید در نظر داشته باشند که باور افراد و نگرش آنها می‌تواند نقش مهمی در تصمیم‌گیری و قصد افراد برای انتخاب روش زایمان داشته باشد و گرچه بعضی اعتقادات رفتاری از طریق تجارب مستقیم سرچشمه می‌گیرند، در مورد زایمان می‌تواند اکثریت آن از طریق کسب اطلاعات از پزشکان به وجود آید(رایدلی و دیویس و برایت و سینکلر، ۲۰۰۲م.).

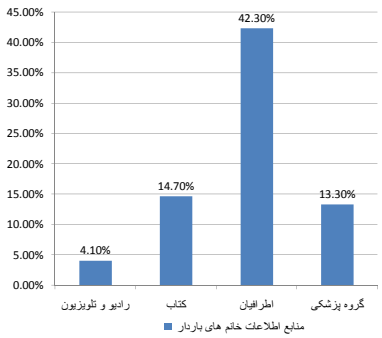
بنابر این با توجه به این که زنان باردار نقش تعیین کننده‌ای در انتخاب روش زایمان داشته و این ازحقوق اساسی آنان می‌باشند.آموزش آنها می‌تواند نقش مهمی در تصمیم‌گیری و قصد برای انتخاب روش درست زایمان داشته باشد. برای کنترل احساس زن باردار در فرآیند تصمیم‌گیری، تشویق پزشک برای زایمان طبیعی، بیان

مزایای زایمان طبیعی آموزش زایمان فیزیولوژیک و راه‌های کاهش دردهای زایمانی در دوران پری ناتال از برنامه‌های آموزشی مؤثر خواهند بود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بدین وسیله از اعضای محترم شورای پژوهشی دانشگاه شاهد به دلیل حمایت و پشتیبانی از اجرای این پژوهش و همچنین از کلیه مادران بارداری که در انجام این طرح مشارکت نموده اند ، مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می دارند.

نمودا ر شماره (۱)درصد فراوانی منابع دریافت اطلاعات زنان باردار



جدول شماره۱: توزیع زنان مورد بررسی بر حسب منابع دریافت اطلاعات به تفکیک عوامل مرتبط

دریافت اطلاعات / عوامل مرتبط		رادیو و تلویزیون تعداد(درصد)	کتاب تعداد (درصد)	اطرافیان تعداد (درصد)	گروه پزشکی تعداد (درصد)	غیره تعداد (درصد)	p-value
نوع شغل	خانه دار	۳۵ (۴/۴)	۹۹ (۱۲/۴)	۳۵۳ (۴۴/۳)	۱۰۸(۱۳/۶)	۲۰۱ (۲۵/۳)	0.001
	شاغل	۳ (۲/۱)	۴۰ (۲۷/۶)	۴۵ (۳۱)	۱۶ (۱۱)	۴۱ (۲۸/۳)	
	ابتدایی	۷ (۵/۹)	۵ (۴/۲)	۴۱ (۳۴/۵)	۱۰(۸/۴)	۵۶ (۴۷/۱)	

تحصیلات	متوسطه	۲۷ (۴/۲)	۷۷ (۱۱/۹)	۳۰۹ (۴۷/۶)	۹۶ (۱۴/۸)	۱۴۰ (۲۱/۶)	0.001
	دیپلم و بالاتر	۳ (۱/۸)	۵۳ (۳۱/۷)	۴۸ (۲۸/۷)	۱۷ (۱۰/۲)	۴۶ (۲۷/۵)	
سن مادر	۲۰<	۱ (۲/۸)	۳ (۸/۳)	۲۷ (۷۵)	۲ (۵/۶)	۳ (۸/۳)	0.001
	۳۰-۲۰	۲۸ (۴/۱)	۱۰۷(۱۵/۶)	۳۰۸ (۴۴/۸)	۱۰۹ (۱۵/۹)	۱۳۵ (۱۹/۷)	
	۳۵-۳۱	۶ (۴/۲)	۱۷ (۱۱/۹)	۴۹ (۳۴/۳)	۹ (۶/۳)	۶۲ (۴۳/۴)	
	۳۵>	۴ (۵/۴)	۹ (۱۲/۲)	۱۵ (۲۰/۳)	۶ (۸/۱)	۴۰ (۵۴/۱)	
نوع بیمارستان	دولتی	۲۳ (۴)	۵۷ (۹/۹)	۲۳۳ (۴۰/۵)	۹۱ (۱۵/۸)	۱۷۱(۲۹/۷)	0.001
	خصوصی	۱۶ (۴/۳)	۸۲ (۲۲)	۱۶۸ (۴۵/۲)	۳۵ (۹/۴)	۷۱ (۱۹/۱)	
ترس از درد	دارد	۲ (۲۸/۶)	۱۸ (۶۶/۷)	۳۸ (۴۵/۸)	۷ (۳۱/۸)	۱۸ (۳۲/۷)	0.032
	ندارد	۵ (۷۱/۴)	۹ (۳۳/۳)	۴۵ (۵۴/۲)	۱۵ (۶۸/۲)	۳۷ (۶۷/۳)	
نوع زایمان	طبیعی	۱۷ (۴۳/۵)	۵۴ (۳۹/۱)	۱۶۴ (۴۰/۸)	۸۳ (۶۴/۸)	۱۱۲ (۷۸/۳)	0.001
	سزارین	۲۲ (۵۶/۲)	۸۴ (۶۰/۸)	۲۳۷ (۵۹/۱)	۴۳ (۳۳/۵)	۱۳۱ (۵۳/۹)	

فهرست منابع

منبع فارسی:

منشور حقوق بیمار در ایران- پورتال پزشکان –(۱۱ جولای ۲۰۱۰)قوانین مرتبط با پزشکی

Available from URL: http://www.bih.ir/201007112169/**منشور-حقوق-بیمار-در-ایران**html.

منابع انگلیسی:

Walker R,Turnbull D.,(2004).Increasing section rates: Exploring the role of culture in an Australian community. *Birth*.; 2,(31):117-124.

Judith A. Lothian, (2006).The cesarean catastrophe. *The Journal of perinatal education*.15:1-10

Bull. (2006*). World Health Organ*; 84 (2).

Penna L. and Arulkumaran S. (2003).Cesarean section for non medical reasons.International *Journal of Gynecology & Obstetrics* 82, (3), 399-409.

Bergholt T,Qstberg B,Legart J, Weber T.(2004).Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: Anation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 83(3):262-266.

Tranquill AL, Giannubilo SR. (2004).Cesarean delivery on maternal request in Italy .*Int J Gynecol Obstet*; 84(2):162-170.

Little MO, Lyerly AD, Mitchell LM, Armstrong EM, Harris LH, Kukla R,.(2008).Mode of delivery: toward responsible inclusion of patient preferences. *Obstetrics and Gynecology*; 112: 8-13.

Hogberg U, Lynoe N, Wulff M. (2008).Cesarean by choice empirical study of public attitude's. *Acta Obstetrics and Gynecologic Scandinavia*; 87:1301-1308.

Harer W. (2000).Patient choice cesarean. Americal College of Obstetrics and Guynecology *Clinical Review*; 5: 13-16.

Kalish RB, McCullough LB, Chervenak FA. (2008).Patient choice cesarean delivery: ethical issues. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*; 20: 116-119.

Bewley S, Cockburtn J. (2002).The unfacts of request cesarean section. BJOG, *An international Journal of Obstetrics and Gynecology*;109: 595-605.

Cunningham FG, Leveno KJ Bloom SL.(2005).*Williams Obstetrics*. 22nd Edition, McGraw-Hill: USA.

Hofberg K, Ward MR. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J*; 79(935): 505-510.

Moscuccio .Holistic Obestetrics. (2003): The origin of natural childbirth in Britain.Post grad Med J. 79(629)168-173.

National institute of clinical excellence. (2004).Caesarean section: clinical guideline 13. London. *National institute of clinical excellence.*

Moffat MA, Bell JS, Porter MA, Lawton S, Hundley V, Dnielian P, Bhattacharya S. (2007). Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study, *BJOG*; 114: 86-93.

Graham WJ, Hundley V, McCheyne AL, Hall MH, Gurney E, Milne J.(1999). An investigation of women's involvement in the decision to deliver by caesarean section: *Br J Obstet Gynaecol*; 106(3):213-20.

Menacker F, Curtin SC. (2001) Trends in cesarean birth and vaginal birth after previous cesarean, 1991–99. *Natl Vital Stat Rep*; 49:1–16.

Hilde Nerum, BSc, Lotta Halvorsen, BSc, Tore Sorlie, MD, PhD, Pal Oian, MD, PhD.(2006).Maternal Request for Cesarean Section due to Fear of Birth: Can It Be Changed Through Crisis-Oriented Counseling .*Birth* ; 33 (3) 221-228.

Ridley R,Davis P,Bright J,Sinclair D.(2002).what influences a woman to choose vaginal birth, after cesarean*? JOGNN*; 31:665-72.

یادداشت شناسه مؤلف

شفیقه محمدی تبار: مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

پروین رهنما: استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: p_rahnama1381@yahoo.com

معصومه حیدری: مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

آزیتا کیانی: مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

خدیجه محمدی: مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۳/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۱