

بررسی میزان آگاهانه بودن تصمیم زنان باردار در مورد نحوه انتخاب زایمان

گوهر محمدی^۱

محمود عباسی

چکیده

یکی از مهم‌ترین اصول اخلاق پزشکی محترم شمردن استقلال و خودآیینی است. که بر اساس شأن انسانی و رعایت حریم و تکریم افراد بنا شده است. بنابراین یک زن باردار حق دارد شیوه زایمانش را به دلخواه خود انتخاب کند. برخی از مادران به دلیل نداشتن آگاهی و برخی دیگر علیرغم توصیه برای زایمان طبیعی به سزارین تمایل دارند. با توجه به میزان نسبتاً بالای سزارین و نیز با عنایت به اهمیت تصمیم‌گیری مبتنی بر آگاهی، این مطالعه با هدف ارزیابی میزان آگاهانه بودن تصمیم این گروه از زنان درباره شیوه زایمانشان انجام گرفت.

مطالعه به صورت توصیفی با نمونه‌گیری خوشه‌ای بر روی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر تهران انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک، نوع روش انتخابی زایمان و آگاهی در مورد آن بود. از ۱۵۴ زن باردار، ۳۱٪ (۴۸ نفر) قصد زایمان سزارین داشتند، ولی این آمار هنگام زایمان به ۵۴/۵ درصد (۸۴ نفر) رسید. ۵۸/۳ درصد زنانی که قصد زایمان سزارین داشتند اذعان داشتند که به علت بیشتر بودن درد زایمان طبیعی و ترس از درد، این روش را انتخاب نموده‌اند، یافته‌ها نشان می‌دهند که در بسیاری از موارد اطلاع درستی در مورد عوارض سزارین وجود ندارد. زنان باردار اگرچه در مورد نوع زایمان حق انتخاب دارند، اما این انتخاب باید آگاهانه و مبتنی بر اطلاعات باشد.

۱. دانشجوی دکترای پژوهشی مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

Email: mohammadi1391_g@yahoo.com

(نویسنده مسؤول)

به نظر می‌رسد ارائه آموزش‌های مستمر به ویژه در سنین پایین‌تر جهت دختران نوجوان می‌تواند در افزایش آگاهی و عملکرد آن‌ها در زمان بارداری مؤثر واقع شود.

واژگان کلیدی

بارداری، شیوه زایمان، سزارین انتخابی، زایمان طبیعی، تصمیم‌گیری آگاهانه

مقدمه

زایمان یک امر طبیعی است که بر اساس یک سری تغییرات منظم خود به خودی و بدون مداخله آغاز و با تولد نوزاد خاتمه می‌یابد. در اکثر زنان زایمان طبیعی بهترین روش زایمانی به حساب می‌آید، ولی به دلیل تمایل فزاینده به انجام عمل سزارین، میزان آن رو به کاهش است. فقدان آگاهی از عوارض سزارین و نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی از علل افزایش تمایل زنان باردار نسبت به سزارین می‌باشد. (محمدیان و همکاران، ۲۰۰۳ م.) زایمان سزارین به معنای خروج جنین از محل برش جدار شکم و جدار رحم می‌باشد و در موارد منع زایمان طبیعی این عمل انجام می‌گیرد تا سلامت مادر و نوزاد تأمین گردد. (کانینگ‌هام و همکاران، ۲۰۰۵ م.) برای بسیاری از زنان تصمیم‌گیری در مورد روش ختم بارداری بسیار مشکل است و تحت تأثیر عوامل متعددی می‌باشد. امروزه سزارین‌های بدون علت پزشکی و مامایی موجب افزایش محسوس در میزان سزارین شده است، چراکه سزارین به عنوان یک انتخاب حتی در مواقعی که اندیکاسیون طبی یا مامایی وجود ندارد در فهرست روش‌های ختم بارداری گنجانده شده است. (پنا و همکاران، ۲۰۰۳ م.)

از آنجایی که محترم‌شمردن شخصیت مستقل و آزادی بیماران و رعایت حریم انسانی آنان در مبحث اخلاق پزشکی به عنوان یک اصل مطرح است، (برگلت و همکاران، ۲۰۰۴ م.) لذا یک زن باردار به عنوان یکی از حقوق اساسی خود می‌تواند نحوه زایمان را به دلخواه خود انتخاب کند. در حالی که عده‌ای معتقدند که نباید بیماران را به علت نداشتن اندیکاسیون‌های طبی یا مامایی، از حق انتخاب سزارین محروم کرد، (هاریر، ۲۰۰۵ م.) از طرف دیگر برخی سزارین انتخابی را اخلاقی نمی‌دانند. (کالیش و همکاران، ۲۰۰۸ م؛ بیلی و همکاران ۲۰۰۲ م.) رضایت

آگاهانه به عنوان یک رکن در اخلاق پزشکی مطرح می‌باشد که طی آن بیمار به صورت آگاهانه با اطلاع از منافع و مضرات، یک مداخله یا روش درمانی جدید را بر روش‌های موجود ترجیح می‌دهد. حالت دیگر خودداری آگاهانه است که به حق عدم پذیرش یک درمان توسط فرد با وجود توصیه‌های پزشک بر می‌گردد. به نظر می‌رسد این دو عامل یکی از مهم‌ترین چالش‌های موجود در زمینه سزارین انتخابی باشند، چراکه برخی از مادران به لحاظ نداشتن آگاهی از فواید و مضرات این نوع روش، به آن تن می‌دهند در حالی که برخی دیگر علیرغم توصیه‌های پزشک و ماما به زایمان طبیعی، به سزارین تن می‌دهند. جمشیدی اوانکی و همکاران (جمشیدی و همکاران، ۲۰۰۴ م.) در بررسی خود بر روی ۲۱۰ نفر زن باردار بدون سابقه سزارین که بدون هیچ دلیل طبی متقاضی انجام عمل سزارین بودند، نشان دادند که تنها ۹/۵ درصد زنان باردار در مورد مزایا و مضرات سزارین آگاهی خوب داشتند. یارندی و همکاران (یارندی و همکاران، ۲۰۰۲ م.) گزارش می‌کنند که میزان آگاهی نسبت به روش‌های زایمانی تنها در ۲/۲ درصد موارد خوب بوده است. در بررسی صالحیان و همکاران (صالحیان و همکاران، ۲۰۰۷ م.) نیز مشاهده شد کمتر از ۱٪ زنان دارای آگاهی خوب نسبت به مزایای زایمان طبیعی و معایب سزارین هستند. همانگونه که نتایج مطالعات نشان می‌دهند، سطح مناسبی از آگاهی در میان زنان بارداری که قصد انجام سزارین را داشتند به چشم نمی‌خورد. سازمان بهداشت جهانی اشاره می‌کند که اگر پزشک به بیمار تمام اطلاعاتی را که در مورد تشخیص، پیش‌آگهی و گزینه‌های درمانی نیاز به دانستن آن دارد در اختیارش قرار دهد آنگاه بیمار در وضعیتی قرار می‌گیرد که می‌تواند تصمیم آگاهانه در مورد گام‌های درمانی آتی بگیرد، پس خواست و رضایت مادران برای سزارین باید مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع باشد که از

وظایف کادر پزشکی می باشد. با در نظر گرفتن اصل فوق و با تعمق در نتایج مطالعات پیشین به نظر می رسد تا رسیدن به این نقطه هنوز راه زیادی در پیش داریم. با توجه به این که طبق اطلاعات موجود، بیش از نیمی از بارداری های زنان به صورت سزارین انتخابی می باشد و نیز با عنایت به اهمیت داشتن آگاهی از مضرات و منافع احتمالی سزارین در مادرانی که این روش را به صورت انتخابی برای ختم بارداری در نظر گرفته اند، مطالعه ای با هدف ارزیابی میزان آگاهی این دسته از زنان در جمعیت مذکور صورت پذیرفت. این مطالعه با بررسی دانش مادران در مورد سزارین می تواند اطلاعات لازم جهت طراحی و اجرای مداخلات مؤثرتر برای کاهش میزان سزارین های بی مورد را در اختیار مسئولان قرار دهد و به سلامت مادران و کودکان جامعه کمک نماید.

روش

این پژوهش یک مطالعه توصیفی می باشد. در این بررسی با استفاده از نمونه گیری خوشه ای ابتدا از بین مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش دانشگاه شهید بهشتی، ۹ مرکز انتخاب و در مرحله بعد با استفاده از نمونه گیری در دسترس، زنان بارداری که در سه ماهه سوم بارداری بوده و جهت دریافت مراقبت های بارداری به مراکز بهداشتی درمانی منتخب مراجعه می کردند در صورت تمایل مورد پرسشگری واقع می شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ساختارمند مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک، نوع روش انتخابی مادر جهت ختم بارداری و سؤالات مربوط به آگاهی در مورد عوارض و فواید روش های زایمان (شامل ۱۷ سؤال) بود. نوع زایمان انجام شده نیز در هنگام اولین مراجعه شرکت کنندگان جهت دریافت مراقبت پس از زایمان ثبت گردید. جهت کسب

اعتبار علمی پرسشنامه، از اعتبار محتوی استفاده شد. بدین منظور پرسشنامه بر اساس اهداف پژوهش و با استفاده از منابع علمی، مقالات و مطالعات تنظیم و سپس در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی مامایی و متخصصین زنان قرار داده شد و پیشنهادات اصلاحی لازم صورت گرفت. جهت تعیین پایایی ابزار، از روش آزمون مجدد استفاده شد. بدین ترتیب که پرسشنامه توسط پژوهشگر به روش مصاحبه برای ۱۰ نفر از افراد واجد شرایط تکمیل شد. سپس به فاصله یک هفته مجدداً این پرسشنامه توسط پژوهشگر به روش مصاحبه برای همین افراد تکمیل شد. برای تمامی سؤالات ضریب همبستگی دو مرحله بالای ۰/۹ به دست آمد و پایایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، قبل از اجرای بررسی هماهنگی لازم با مسئولان به عمل آمد و مجوزهای لازم جهت اجرای مطالعه اخذ گردید. برای رعایت حقوق شرکت کنندگان، توضیحات لازم در ابتدا برای تک تک آنان ارائه و رضایت ایشان جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید. کلیه پرسشنامه‌ها بدون نام و پس از دریافت خدمت تکمیل گردید و به پاسخگویان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات محرمانه خواهد ماند.

آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۷ (SPSS Inc. Chicago IL) انجام گرفت. از آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی نسبی و مطلق برای توصیف داده‌ها استفاده گردید.

بررسی میزان آگاهانه بودن تصمیم زنان باردار در مورد نحوه انتخاب زایمان

یافته‌ها

در نهایت پرسشنامه برای ۱۵۴ مادر باردار تکمیل گردید. اغلب آن‌ها (۳۹/۶ درصد) در گروه سنی ۲۵-۲۹ قرار داشتند. از نظر تحصیلات نیز اکثراً (۴۴/۲ درصد) دیپلم و از نظر شغلی بیش از ۹۰٪ آنان خانه‌دار بودند. پیش از تکمیل

سؤالات مربوط به میزان آگاهی زنان در مورد پیامدهای روش‌های زایمانی، از کلیه شرکت‌کنندگان در مورد روش انتخابی جهت ختم بارداری پرسیده شد. در این مورد در حدود ۳۱٪ (۴۸ نفر) روش سزارین (بدون وجود اندیکاسیون پزشکی)، ۶۵٪ (۱۰۰ نفر) روش زایمان طبیعی را انتخاب کرده بودند. مابقی که ۶ نفر (۴٪) بودند در زمان مصاحبه هنوز تصمیمی در مورد نوع روش زایمان خود نگرفته بودند. جدول ۱ نتایج بررسی میزان آگاهی در مورد مزایا و معایب روش‌های زایمانی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی نشان می‌دهد. همانطور که پیشتر اشاره شد پرسشنامه مورد استفاده با هدف بررسی میزان آگاهی زنان در مورد عوارض سزارین طراحی شده بود و در مورد اکثر سؤالات انتظار می‌رفت که در صورت داشتن اطلاعات کافی پاسخ صحیح داده شود. در مورد سؤالات ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۷ پاسخ حول زایمان طبیعی باشد. بررسی پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه نشان می‌دهد که در بسیاری موارد اطلاع درستی در مورد عوارض سزارین وجود ندارد. ۵۸/۳ درصد زنانی که قصد زایمان سزارین داشتند اذعان داشتند که به علت بیشتر بودن درد زایمان طبیعی و ترس از درد، این روش را انتخاب نموده‌اند. چنین حالتی در مورد سؤالات ۲، ۳، ۴ و ۹ هم دیده می‌شود. در مورد سایر سؤالات هم با وجود اطلاع نسبی از فواید زایمان طبیعی، قصد انجام سزارین داشتند مثلاً در مورد سؤال ۶ که ۸۳/۳ درصد از مادران باردار اذعان داشته‌اند که در زایمان طبیعی بازگشت به زندگی عادی سریع‌تر است، اما قصد انجام سزارین را داشتند.

در بررسی بعد از زایمان بر روی این زنان مشاهده گردید که ۸۴ نفر (۵۴/۵ درصد) آن‌ها زایمان سزارین و ۷۰ نفر (۴۵/۵ درصد) زایمان طبیعی نمودند. در حالی که قبل زایمان تنها ۴۸ نفر تصمیم به زایمان سزارین داشتند.

از ۴۸ نفری که قبل زایمان تصمیم به سزارین گرفته بودند تنها ۸ نفر زایمان فیزیولوژیک نمودند و از ۱۰۰ نفری که در دوران بارداری تصمیم گرفته بودند زایمان طبیعی نمایند ۴۲ نفر سزارین و ۵۸ نفر زایمان فیزیولوژیک داشتند از ۶ نفر باقیمانده که هنوز نوع زایمان خود را انتخاب نکرده بودند نیز ۲ نفر سزارین شدند.

بحث

مطالعه حاضر به بررسی میزان آگاهانه بودن تصمیم زنان باردار در انتخاب نوع روش زایمان پرداخت. همانطور که اشاره شد در بسیاری از موارد زنان، بدون اندیکاسیون پزشکی تصمیم به انجام سزارین داشتند در حالی که از عوارض آن اطلاع نداشتند و در برخی موارد که آگاهی نسبی وجود داشت باز هم تصمیم به زایمان سزارین داشتند. بنابراین آگاهی باید در در حدی باشد که منجر به تغییر رفتار گردد. به نظر می‌رسد که این گروه از زنان از آگاهی کافی برای تصمیم‌گیری برخوردار نبودند. مطالعه‌ای صالحیان و همکاران در شهرکرد نشان داد که آگاهی کمی نسبت به روش‌های زایمانی در زنان باردار وجود دارد و کمتر از ۱٪ زنان باردار شهر شهرکرد دارای آگاهی کافی نسبت به مزایای زایمان طبیعی و معایب سزارین هستند. (صالحیان و همکاران، ۲۰۰۲ م.) یارندی و همکاران نیز در شهر تهران تنها ۲٪ زنان باردار را دارای آگاهی خوب دانستند، (۲۰۰۲ م.) اما مطالعه قسوری و همکاران پیشنهاد می‌دهد که که آگاهی خانم‌ها از عوارض سزارین در سطح خوب (۴۳٪) بوده و علت اصلی تمایلشان به سزارین ترس از درد زایمان طبیعی می‌باشد. (قسوری و همکاران، ۲۰۰۹ م.) به عقیده نویسندگان مقاله حاضر، ترس از زایمان به نوعی می‌تواند ناشی از آگاهی کم و سطحی و نیز متأثر از عوامل فرهنگی و اجتماعی باشد.

در مطالعه حاضر حدود ۳۱٪ از افراد مورد بررسی تمایل به انجام سزارین داشتند. در سایر مطالعات این میزان بین ۲ تا ۴۴ درصد متغیر است. (قسوری و همکاران، ۲۰۱۲ م؛ حسن‌پور و بانی، ۲۰۰۸ م؛ هیلدینگسون و همکاران، ۲۰۰۲ م؛ محمدی‌تبار و همکاران، ۲۰۰۹ م؛ یاسایی و همکاران، ۲۰۰۷ م) دلایلی از جمله سابقه سزارین قبلی، ترس از زایمان طبیعی، نگرانی از ایجاد اختلالات جنسی، بی‌اختیاری استرسی و پرولاپس لگنی در آینده، ترس از پیامدهای حین زایمان برای نوزاد و راحتی زایمان سزارین از جمله مهم‌ترین علل غیر مامایی هستند که تمایل زنان را برای انجام سزارین افزایش داده است. (حانا و همکاران، ۲۰۰۰ م؛ جان و همکاران، ۲۰۰۱ م؛ لیو و همکاران، ۲۰۰۷ م) همچنین عوامل دیگری نیز همچون ناآگاهی زن باردار، انگیزه‌های مالی و ترجیح پزشکان از جمله دلایل بالارفتن سزارین در سال‌های اخیر بوده است. (عزیزی و همکاران، ۲۰۰۹ م) علیرغم تمامی تلاش‌های انجام‌شده در زمینه افزایش آگاهی زنان در مورد مضرات و فواید روش‌های زایمانی و با در نظر گرفتن این مسأله که تمایل زنان به انجام سزارین انتخابی ریشه در مسائل فرهنگی و اجتماعی بسیار پیچیده‌ای دارد، به نظر می‌رسد ناآگاهی جامعه به عنوان خواستگاه تمامی علل فوق مطرح می‌باشد. تمامی مادران می‌بایست از تیم پزشکی و مامایی در مورد انجام سزارین و خطرات و مزایای آن آگاه شوند، (موسسه ملی بهداشت، درمان و تعالی بالینی، ۲۰۰۴ م) چراکه بسیاری از زنان علاقمند هستند که اطلاعات بهداشتی و پزشکی را از پزشک یا پرسنل بهداشتی دریافت نمایند. (مافات و همکاران، ۲۰۰۷ م) مطالعه محمدی‌تبار و همکاران با تأکید بر نقش مهم تیم پزشکی بر روی زنان، نشان می‌دهد که در زنانی که از گروه پزشکی اطلاعات خود را دریافت کرده بودند میزان زایمان طبیعی بیشتر و میزان سزارین در آن‌ها کمتر است. (محمدی‌تبار و همکاران، ۲۰۰۹ م) نتایج سایر مطالعات نیز بیانگر آن

است که زنان بارداری که اطلاعات مورد نیاز خود را از پزشکان کسب کرده‌اند نسبت به سایرین ترس کمتری از درد زایمان طبیعی داشته‌اند. نریوم و همکاران در مطالعه خود، زنان باردار با ترس از زایمان طبیعی را تحت مشاوره قرار دادند و دیدند که پس از انجام مشاوره، حدود ۹۳٪ این زنان در تصمیم خود تجدید نظر کرده و به زایمان طبیعی تمایل پیدا کردند. (نریوم و همکاران، ۲۰۰۶ م.) نتایج مطالعه مذکور نیز بر اهمیت دادن آگاهی به زنان به منظور انتخاب آگاهانه‌تر روش زایمان می‌افزاید. آموزش به عنوان یک «اصل» در زمینه تمایل زنان به زایمان طبیعی مطرح بوده و تکنیک‌های روانشناختی و آرام‌سازی مادر باردار به عنوان یک ابزار مهم در مقابله با ترس در اختیار می‌باشد، اما در نهایت هیچ‌چیز در فقدان یک ارتباط مؤثر بین پزشک یا پرسنل بهداشتی با بیمار کارایی خود را نخواهد داشت، در نتیجه همکاری و اعتماد متقابل میان بیمار و کادر پزشکی ضروری می‌باشد. همچنین اشاره شده که بالارفتن اعتماد مردم به سیستم بهداشتی به عنوان اولین سطح ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در ارتقای دانش مردم بسیار تعیین‌کننده است و انجام مشاوره‌های دوران بارداری به عنوان بخشی از مراقبت‌های زنان باردار جز جدایی‌ناپذیر خدمات بهداشتی می‌باشد. (ماسکیوسی، ۲۰۰۳ م؛ دیکرد، ۱۹۵۱ م.) دیگران نیز ارائه آموزش‌های لازم در دوران بارداری را مهم دانسته و خاطرنشان کرده‌اند که زنان باردار با دریافت آموزش‌های مربوط به زایمان می‌توانند آمادگی روحی و روانی بیشتری جهت گذراندن مراحل زایمان به دست بیاورند و چنانچه این آموزش‌ها که با وضعیت فرهنگی - اجتماعی و اقتصادی زنان باردار و خانواده‌هایشان منطبق باشد می‌تواند از شیوع انجام سزارین‌های بدون علت پزشکی و مامایی تا حد زیادی بکاهد. (جین و همکاران، ۲۰۱۳ م؛ لوتین، ۲۰۰۶ م.)

نتیجه گیری

باید باور داشت که زنان باردار در مورد نوع زایمان حق انتخاب دارند، ولی نکته مهم تر این است که باید این انتخاب، آگاهانه و مبتنی بر اطلاعات مورد نیاز جهت تصمیم گیری باشد. نتایج این بررسی نشان داد که زنان باردار در انجام این مهم با دو مسأله مواجه هستند: ۱- تصمیم‌هایی که بر اساس دانش و اطلاعات نیست؛ ۲- دانش و آگاهی که سطحی بوده و منجر به عملکرد صحیح نشده است. به نظر می‌رسد ارائه آموزش‌های لازم به صورت مستمر و حتی از سنین پائین تر جهت دختران نوجوان در افزایش آگاهی و عملکرد صحیح آنان در آینده، در زمان بارداری مؤثر واقع شود. (شهرکی و همکاران، ۲۰۱۲ م.) از آنجایی که پزشکان و مراقبین بهداشتی به عنوان مهم ترین منبع اطلاعاتی در زنان باردار محسوب می‌شوند، لذا ارائه رهنمودهای مناسب می‌تواند میزان پذیرش آموزش‌های فرامین این افراد توسط گروه هدف که همان زنان باردار هستند را بالا ببرد. مطالعات بیشتری به منظور بررسی این موضوع که کدامیک از سه عامل زن باردار، عوامل فرهنگی و اجتماعی و تیم پزشکی و مامایی نقش مهم تری در گرایش زنان به ختم بارداری با سزارین دارند، می‌بایست انجام شود.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بدینوسیله از معاونت محترم بهداشتی و مسؤولان مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند و همچنین از کلیه مادران بارداری که در این طرح مشارکت نمودند، مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌دارند.

جدول ۱: بررسی وضعیت آگاهی زنان نسبت به مزایا و معایب زایمان

بر حسب نوع روش انتخابی زایمان

روش انتخابی مادر باردار جهت ختم بارداری (قبل از زایمان)		آگاهی	
نمی دانم	طبیعی	سزارین	
۲(۳۳/۳)	۴۷(۴۷/۰)	۲۸(۵۸/۳)	طبیعی
۰(۰)	۲۲(۲۲/۰)	۴(۸/۳)	سزارین
۴(۶۶/۷)	۳۱(۳۱/۰)	۱۶(۳۳/۴)	نمی دانم
۳(۵۰)	۴۶(۴۶/۰)	۲۹(۶۰/۴)	طبیعی
۱(۱۶/۷)	۱۳(۱۳)	۴(۸/۳)	سزارین
۲(۳۳/۳)	۴۱(۴۱)	۱۵(۳۱/۳)	نمی دانم
۱(۱۶/۷)	۳۳(۳۳)	۲۴(۵۰)	طبیعی
۱(۱۶/۷)	۲۳(۲۳)	۳(۶/۳)	سزارین
۴(۶۶/۷)	۴۴(۴۴)	۲۱(۴۹/۸)	نمی دانم
۲(۳۳/۳)	۴۲(۴۲)	۱۷(۳۵/۴)	طبیعی
۱(۱۶/۷)	۳۵(۳۵)	۱۴(۲۹/۲)	سزارین
۳(۵۰)	۲۳(۲۳)	۱۷(۳۵/۴)	نمی دانم
۰(۰)	۱۰(۱۰)	۱۲(۲۵)	طبیعی
۳(۵۰)	۳۹(۳۹)	۱۴(۲۹/۲)	سزارین
۳(۵۰)	۴۹(۴۹)	۲۲(۴۸/۹)	نمی دانم
۵(۸۳/۳)	۸۷(۸۷)	۴۰(۸۳/۳)	طبیعی
۰(۰)	۶(۶)	۶(۱۲/۵)	سزارین
۱(۱۶/۷)	۷(۷)	۲(۴/۲)	نمی دانم
۰(۰)	۳(۳)	۴(۸/۳)	طبیعی
۵(۸۳/۳)	۹۰(۹۰)	۴۳(۸۹/۶)	سزارین

بررسی میزان آگاهانه بودن تصمیم زنان باردار در مورد نحوه انتخاب زایمان

۱(۱۶/۷)	۷(۷)	۱(۲/۱)	نمی دانم	
۵(۸۳/۳)	۹۲(۹۲)	۴۱(۸۵/۴)	طبیعی	۸- در کدام روش مادر زودتر بهبود مییابد؟
۰(۰)	۴(۴)	۳(۶/۳)	سزارین	
۱(۱۶/۷)	۴(۴)	۴(۸/۴)	نمی دانم	
۳(۵۰)	۶۷(۶۷)	۲۸(۵۸/۳)	طبیعی	۹- در کدام روش شیردهی زودتر شروع می شود؟
۰(۰)	۴(۴)	۳(۶/۳)	سزارین	
۳(۵۰)	۲۹(۲۹)	۱۷(۳۵/۴)	نمی دانم	
۰(۰)	۸(۸)	۸(۱۶/۷)	طبیعی	۱۰- در کدام روش احتمال عفونت بیشتر است؟
۵(۸۳/۳)	۵۹(۵۹)	۲۴(۵۰)	سزارین	
۱(۱۶/۷)	۳۳(۳۳)	۱۶(۳۳/۳)	نمی دانم	
۳(۵۰)	۶۷(۶۷)	۲۲(۴۵/۸)	طبیعی	۱۱- در کدام روش احتمال استفاده به موقع از آغوز بیشتر است؟
۰(۰)	۴(۴)	۵(۱۰/۴)	سزارین	
۳(۵۰)	۲۹(۲۹)	۲۱(۴۳/۷)	نمی دانم	
۳(۵۰)	۷۲(۷۲)	۲۹(۶۰/۴)	طبیعی	۱۲- در کدام روش مادر تناسب اندام خود را زودتر بدست می آورد؟
۰(۰)	۶(۶)	۸(۱۶/۷)	سزارین	
۳(۵۰)	۲۲(۲۲)	۱۱(۲۳)	نمی دانم	
۴(۶۶/۷)	۸۳(۸۳)	۳۱(۴۶/۶)	طبیعی	۱۳- در کدام روش مادر ارتباط عاطفی سریعتری با نوزاد پیدا می کند؟
۰(۰)	۱(۱)	۲(۴/۲)	سزارین	
۲(۳۳/۳)	۱۶(۱۶)	۱۵(۳۱/۳)	نمی دانم	
۰(۰)	۴(۴)	۴(۸/۳)	طبیعی	۱۴- در کدام روش احتمال بروز افسردگی پس از زایمان بیشتر است؟
۳(۵۰)	۴۱(۴۱)	۱۳(۲۷/۱)	سزارین	
۳(۵۰)	۵۵(۵۵)	۳۱(۶۴/۶)	نمی دانم	
۱(۱۶/۷)	۱۸(۱۸)	۸(۱۶/۷)	طبیعی	۱۵- در کدام روش احتمال مرگ مادر بیشتر است؟
۱(۱۶/۷)	۳۱(۳۱)	۱۷(۳۵/۴)	سزارین	
۴(۶۶/۶)	۵۱(۵۱)	۲۳(۴۷/۹)	نمی دانم	

طبیعی	۶(۱۲/۵)	۵(۵)	۰(۰)
سزارین	۲۵(۵۲/۱)	۷۰(۷۰)	۴(۶۶/۶)
نمی‌دانم	۱۷(۳۵/۵)	۲۵(۲۵)	۲(۳۳/۴)
طبیعی	۲۳(۴۷/۹)	۸۱(۸۱)	۵(۸۳/۳)
سزارین	۱۴(۲۹/۲)	۱(۱)	۰(۰)
نمی‌دانم	۱۱(۲۲/۹)	۱۸(۱۸)	۱(۱۶/۷)

۱۶- بطور کلی کدام روش عارضه بیشتری دارد؟

۱۷- در مجموع به نظر شما کدام روش مناسبتر است؟

جدول ۲: بررسی وضعیت نوع زایمان انجام شده بر حسب نوع زایمان انتخاب شده

در دوران بارداری

نوع زایمان انجام شده		آگاهی	
طبیعی	سزارین		
۸ (۱۶/۷ درصد)	۴۰ (۸۳/۳ درصد)	سزارین	تصمیم جهت انتخاب
۵۸ (۵۸٪)	۴۲ (۴۲٪)	طبیعی	روش زایمانی
۴ (۶۶/۷ درصد)	۲ (۳۳/۳ درصد)	هنوز تصمیم نگرفته‌ام	در دوران بارداری

فهرست منابع

- Azizi, M. Salari, P. (2009). Ethical approach in cesarean delivery on maternal request . *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2 (2): 55-66.
- Bergholt, T. Ostberg, B. Legarth, J. Weber, T. (2004). Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 83 (3): 262-6.
- Bewley, S. Cockburn, J. (2002). The unfacts of 'request' caesarean section. *Bjog*. 109 (6): 597-605.
- Cunningham, F. Leveno, K. Bloom, S. Hauth, J. Rouse, D. Spong, C. (2010). *Williams Obstetrics*. 872.
- Dick-Read, G. (1951). *Psychosomatic aspects of pregnancy. Psychosomatic gynaecology: including problems of obstetrical care*. 77-97.
- Ghasvari, M. Rahmanian ,V. Rahmanian, K. (2012). Knowledge of pregnant women in the southwest Iran about complications of cesarean section, 2009. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 10 (2): 37-42.
- Hannah, ME. Hannah, WJ. Hewson, SA. Hodnett, ED. Saigal, S. Willan, AR. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 356 (9239): 1375-83.
- Harer, W. (2000). Patient choice cesarean. American College of Obstetrics and Gynecology. *Clinical Review*. 5: 13-6.
- Hasanpour, S. Bani, S. (2008). Preference method of delivery and it's relevant causes in view of pregnant women referring to the obstric clinic of Alzahra hospital in Tabrez City. *Nurse Midwif J*. 3 (10): 51-6.
- Hildingsson, I. Radestad, I. Rubertsson, C. Waldenstrom, U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *Bjog*. 109 (6): 618-23.
- Jain, S. Suneja, A. Malik, R. Agarwal, R. Guleria, K. Vaid, N. (2013). Cesarean scar pregnancy: a diagnostic dilemma and impending catastrophe. *Arch Gynecol Obstet*.

- Jamshidi Evanaki, F. Khakbazan, Z. Babaei, G. Noori, T. (2004). Reasons of choosing Cesarean section as the delivery method by the pregnant women referred to healthtreatment centers in Rasht. *Hayat*. 10 (3): 50-60.
- John, CM. Robert, L. (2001). High caesarean section rates among women over 30 : Effect of age is continuous and international. *BMJ*. 323 (7307): 284.
- Kalish, RB. McCullough, LB. Chervenak, FA. (2008). Patient choice cesarean delivery: ethical issues. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 20 (2): 116-9.
- Liu, S. Liston, RM. Joseph, KS. Heaman, M. Sauve, R. Kramer, MS. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Cmaj*. 176 (4): 455-60.
- Lothian, J. (2006). The cesarean catastrophe. *J Perinat Educ*. 15 (1): 42-5.
- Moffat, MA. Bell, J. Porter, MA. Lawton, S. Hundley, V. Danielian, 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 (1): 86-93.
- Mohammadian, A. Ahariat, M. Mahmoodi, M. Ramezanzadeh, F. (2003). The effect of pregnant womens' request on elective cesarean. *Payesh J*. 2 (2): 133-9.
- Mohammaditabar, S. Kiani, A. Heidari, M. (2009). Survey on tendencies of primiparous women for selecting the mode of delivery. *J Babol Univ of Med Sci*. 11 (3): 54-9.
- Mohammaditabar, S. Rahnema, P. Heidari, M. Kiani, A. Mohammadi, K. (2012). Study information sources for select type of delivery in pregnant women attending to maternity hospital in tehran. *Medical Ethics*. 6 (21): 131-44.
- Moscucci, O. (2003). Holistic obstetrics: the origins of "natural childbirth" in Britain. *Postgrad Med J*. 79 (929): 168-73.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2004). *Caesarean section: Clinical Guideline*.

- Nerum, H. Halvorsen, L. Sorlie, T. Oian, P. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*. 33 (3): 221-8.
- Penna, L. Arulkumaran, S. (2003). Cesarean section for non-medical reasons. *Int J Gynaecol Obstet*. 82 (3): 399-409.
- Salehian, T. Delaram, M. Safdari, F. Jazayeri, F. (2007). Knowledge and Attitudes of Pregnant Women about Mode of Delivery in Health Centers of Shahrekord 2006-2007. *Tolou-e-Behdasht J*. 6 (2): 1-10.
- Shahraki-Sanavi, F. Rakhshani, F. Navidiyan, A. Ansari-Moghaddam, A. (2012). A Study on Attitude of Pregnant Women with Intention of Elective Cesarean Based on Theory of Planned Behavior. *Zahedan J Res Med Sci*. 14 (9): 95-7.
- Yarandi, F. Rezaee, Z. Eftekhari, Z. Saadat, H. Ansari-Jafari, M. (2002). The knowledge and attitude of pregnant women about delivery methods in health centers in Tehran. *J Med FacGuilanUniv Med Sci*. 11 (42): 15-20.
- Yassaee, F. Mohseni, B. (2007). Role of mother's preference for the type of delivery. *J Shahid Beheshti Univ Med Sci*. 31 (2): 129-32.

یادداشت شناسه مؤلفان

گوهر محمدی: دانشجوی دکترای پژوهشی مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،

تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: mohammadi1391_g@yahoo.com

محمود عباسی: رئیس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران،

ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۸/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۲۲