

# ترجیحات عاملان زایمان در مورد زایمان خود و نوع زایمان پیشنهادی آنان به زنان باردار

سهیلا بانی<sup>\*</sup>، الهه سید رسولی<sup>۱</sup>، طاهره شمس قربیشی<sup>۱</sup>، مرتضی قوچازاده<sup>۱</sup>، شیرین حسن پور<sup>۱</sup>

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

فصلنامه پایش

سال یازدهم شماره پنجم مهر - آبان ۱۳۹۱ صص ۶۲۹-۶۳۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۰/۲۰

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۸ خرداد ۹۱]

## چکیده

زایمان یک واقعه پراسترس بوده و زنان باردار جهت سازگاری با آن نیازمند کمک افراد دیگر هستند. در بین ارائه دهنده‌گان خدمات بهداشتی، عاملان زایمان (متخصصان زنان و زایمان و ماماها) نقش ویژه‌ای در این زمینه بر عهده دارند. به نظر می‌رسد که ترجیحات این گروه‌ها در رابطه با نوع زایمان بر امر مشاوره در دوران بارداری جهت انتخاب نوع زایمان زنان باردار تأثیرگذار باشند. هدف از این مطالعه تعیین نوع زایمان ترجیحی متخصصان زایمان برای خود و نوع زایمان پیشنهادی آنان به زنان باردار بود. پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی بود که در سال ۱۳۸۸ انجام شد. در این پژوهش که در آن ۱۵۳ نفر ماما و ۹۰ نفر متخصص زنان و زایمان بنا به تمایل شخصی شرکت کردند، نتایج تحقیق نشان داد که سزارین، زایمان ترجیحی ۶۲/۲ درصد متخصصان زنان و زایمان و ۵۷/۶ درصد ماماها برای خود و زایمان پیشنهادی ۳۳/۷ درصد متخصصان زنان و زایمان و ۱۷/۶ درصد ماماها به زنان باردار نخست‌را بود. همچنین ارتباط آماری معنی‌داری بین نوع زایمان ترجیحی متخصصان زایمان برای خود و زایمان پیشنهادی آنان به زنان باردار مشاهده گردید. با توجه به نقش این گروه در زمینه مشاوره در دوران بارداری، نوع زایمان عاملان زایمان نقش اساسی در انتخاب نوع زایمان زنان باردار دارد.

**کلیدواژه‌ها:** ترجیحات، عاملان زایمان، نوع زایمان، زایمان پیشنهادی

\*نویسنده پاسخ‌گو: نشانی: تبریز، شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
تلفن: ۰۴۱۱-۴۷۹۷۷۱۳

پست الکترونیکی: bani1343@yahoo.com

**مقدمه**

زایمان درمورد زایمان خود و زایمان پیشنهادی آنان به زنان  
باردار وجود دارد؟

**مواد و روش کار**

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی بود که با هدف تعیین ترجیحات عاملان زایمان در رابطه با نوع زایمان خود و نوع زایمان پیشنهادی آنان به زنان باردار صورت گرفت. بدلیل تعداد کم نمونه‌ها، جامعه مورد پژوهش در این مطالعه، شامل تمامی ماماهای شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهرستان‌های اطراف تبریز و کلیه متخصصان زنان و زایمان زن استان آذربایجان شرقی بود. جهت نمونه‌گیری ابتدا مجوز انجام مطالعه مقدماتی از معاونت پژوهشی دانشگاه اخذ شده و آمار مربوطه از طریق معاونت درمان استان برای متخصصان زن استان آذربایجان شرقی (۱۱۰) نفر و نیز ماماهای شاغل در شهرستان‌های این استان باستثناء تبریز (که خود مستقیماً مسئول اداره بیمار در زایمان و اتاق زایمان بودند) (۱۷۰) نفر گزارش گردید. طی مطالعه ۹۰ نفر از کل متخصصان زنان و زایمان آذربایجان شرقی و ۱۵۳ نفر از کل ماماهای شاغل در زیشگاه‌های شهرستان‌های اطراف تبریز (۱۳ شهرستان) که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند با تمایل شخصی خود در این مطالعه وارد شدند. روند جمع‌آوری داده‌ها ۶ ماه طول کشید (تیر ماه تا آذر ماه سال ۱۳۸۸). ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته شامل بخش‌های زیر بود. قسمت اول: شامل مشخصات فردی - اجتماعی شامل سن، مدت اشتغال، وضعیت تأهل. قسمت دوم: شامل تاریخچه حاملگی شامل سابقه بارداری و زایمان، نوع زایمان و در صورت داشتن سابقه سازارین انتخابی، علل انتخاب سازارین، قسمت سوم: شامل نوع زایمان ترجیحی عاملان زایمان برای خود (در صورتی که خود را در شرایطی فرض کنند که باردار نخست‌زد)، دارای جنین یک قلوی ترم با وزن تخمینی ۳۵۰۰ گرم و بدون اندیکاسیون سازارین باشند) و علی که منجر به ترجیح سازارین برای خود شده است چهارم: شامل نوع زایمان پیشنهادی به زنان باردار و علی که منجر به پیشنهاد سازارین می‌شود. برای تعیین علل ترجیحات و پیشنهادات سازارین از سوی عاملان زایمان از مقیاس نمره‌دهی لیکرت [با اهمیت‌ترین دلیل (۴)، دلیل نسبتاً با اهمیت (۳)، دلیل کم‌اهمیت (۲)، دلیل بی‌اهمیت (۱)] استفاده شد. برای بررسی روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و صوری استفاده شد. برای این منظور پرسشنامه به ۱۲ نفر از اعضاء هیئت علمی دانشکده

زایمان یکی از موهبت‌های الهی برای تولید نسل بشر بر روی زمین بوده و از بدو تولد آدم تاکنون همواره ادامه داشته است. اما با پیشرفت علم و تکنولوژی طی دهه‌های اخیر بشر به راههایی دست یافت که با کمک عمل جراحی در مواردی که جان مادر یا جنین در خطر بود به کمک آنها شتابت [۱]. امروزه آمار سازارین در بیشتر کشورهای دنیا از جمله ایران بسیار بالا و در حال افزایش است [۲]. در ایران در بررسی سال ۱۳۵۵، شیوع سازارین ۱۹/۵ درصد بوده و طبق آمار و ارقام اعلام شده در سال ۱۳۸۵، این میزان به ۴۲/۳ درصد رسیده است [۱]. مطالعات اخیر سازمان بهداشت جهانی اظهار دارد که بهترین نتایج مادری و نوزادی با میزان سازارین ۵-۱۰ درصد حاصل می‌شود و به نظرمی‌رسد که میزان بالای ۱۵ درصد می‌تواند آسیب‌زننده باشد [۳]. رضایت بیمار در مورد تجربه زایمان به میزان زیادی به دخالت بیمار در تصمیم‌گیری در مورد نوع زایمان بستگی دارد و از آنجایی که حالات روحی هر فرد می‌تواند فیزیولوژی بدن وی را تحت تأثیر قرار دهد، نگرش مثبت مراقبین مادران باردار در امور مشاوره در دوران بارداری جهت انتخاب نوع زایمان حائز اهمیت است [۴].

ترجیح و مصلحت عاملان زایمان و همچنین مسائل فرهنگی نقش مهمی بر اولویت‌های مادری و درخواست برای سازارین ایفا می‌کند [۵-۷]. کالج آمریکایی زنان و زایمان اظهار کرده است که اگر عاملان زایمان عقیده داشته باشند که زایمان سازارین سلامت مادر و جنین را بیشتر از زایمان واژینال بهبود می‌بخشد اخلاقاً باید زایمان سازارین را تصدیق نماید و اگر عقیده داشته باشد که زایمان سازارین ممکن است برای سلامت مادر و جنین زیان آور باشد اخلاقاً باید از این کار صرفنظر نمایند [۸].

براساس مطالعات حنطوش زاده و همکاران، پژشکان و عاملان زایمانی بیشتر نوع زایمانی را برای بیماران خود پیشنهاد می‌کنند که برای خود ترجیح داده و انتخاب کرده‌اند [۹].

از آنجایی که عاملان زایمان یکی از قابل اعتمادترین افراد از طرف خانواده‌ها برای ارائه مشاوره به منظور تعیین نوع زایمان هستند و نوع زایمان پیشنهادی آنها نقش غیرقابل انکاری بر زایمان ترجیحی زنان باردار دارد، بر آن شدیدم تا پژوهشی در این مورد با پاسخ به سوالات زیر انجام دهیم: ۱- ترجیحات عاملان زایمان در مورد زایمان خود چیست؟ ۲- نوع زایمان پیشنهادی عاملان زایمان به زنان باردار چیست؟ ۳- چه ارتباطی بین ترجیحات عاملان

داده‌های بدست آمده از مطالعه با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، آزمون مجدورکای، آزمون دقیق فیشر و آزمون تی برای گروه‌های مستقل مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

### یافته‌ها

ضریب پیرسون در بررسی پایایی (آزمون - بازآزمون) ۷۴ درصد محاسبه شد.

نتایج پژوهش حاضر در پاسخ به سؤال اول پژوهش نشان داد که که زایمان ترجیحی ۵۷/۶ درصد ماماها و ۶۲/۲ درصد متخصصان زنان و زایمان در صورتی که در شرایطی باشند که خود را باردار نخست‌زاء، دارای جنین تک قلوی ترم با وزن تخمین ۳/۵ کیلوگرم فرض نمایند، سزارین بود.

پرستاری و مامایی و متخصصان زنان و زایمان زن دانشگاه علوم پزشکی تبریز ارسال شد و سپس نظرات اصلاحی و پیشنهادات آنها اعمال گردید. برای بررسی اعتماد علمی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شد؛ به این ترتیب که پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از ماماها و ۱۰ نفر از متخصصان در دو نوبت تکمیل شد. فرآیند اجرایی پژوهش به این صورت بود که پژوهشگر پس از اخذ معرفی از دانشکده با مراجعه به بخش‌های زایمانی ۱۵ بیمارستان دولتی استان آذربایجان شرقی و مطب‌های خصوصی ضمن معرفی خود و با ارائه توضیحات در مورد اهداف و نحوه تکمیل کردن پرسشنامه، اختیاری بودن شرکت در مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات آنها، پرسشنامه را در اختیار نمونه‌ها قرار می‌داد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۳ استفاده شد.

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصدی علل ترجیح سزارین انتخابی واحدهای مورد پژوهش

علل ترجیح سزارین انتخابی	ترس از آسیب به پرینه و وزن
ماما	ماما
متخصص	متخصص
ترس از بی‌اختیاری ادرار و مدفوع	ترس از درد زایمان
ماما	ماما
متخصص	متخصص
ترس از درد زایمان	ترس از آسیب به نوزاد
ماما	ماما
متخصص	متخصص
اعتقاد به ایمن بودن سزارین	اعتقاد به ایمن بودن سزارین
ماما	ماما
متخصص	متخصص
کوتاه شدن زمان زایمان	کوتاه شدن زمان زایمان
ماما	ماما
متخصص	متخصص
تعییر نیافتن کیفیت روابط زناشویی	تعییر نیافتن کیفیت روابط زناشویی
ماما	ماما
متخصص	متخصص
انتخاب زمان زایمان	انتخاب زمان زایمان
ماما	ماما
متخصص	متخصص
پیشگیری از سزارین اورژنس احتمالی	پیشگیری از سزارین اورژنس احتمالی
ماما	ماما
متخصص	متخصص

خود انتخاب نمودند<sup>[۱۱]</sup>. که هردو نتایج با مطالعه ما همخوانی ندارد. تنها پژوهشی که در این رابطه در ایران انجام شده است توسط حنطوشزاده و همکاران در سال ۲۰۰۷ است که طبق نتایج آن از ۷۸۵ متخصصان پاسخ دهنده ۲۸۲ نفر (۳۵/۹ درصد) سازارین را برای خودترجیح دادند<sup>[۹]</sup>; که باز هم با نتایج مطالعه ما تفاوت دارد. یکی از علی که بنظر می‌رسد در این تفاوت نقش داشته باشد، دو برابر بودن تعداد نمونه‌ها در مطالعه یادشده نسبت به مطالعه ماست. همچنین نتایج های محیط‌های بالینی، آمار بالای تولدها و به تبع آن نحوه مراقبت‌های قبل و بعداز زایمان طبیعی، و نیز شرایط کاری متخصصان در کشورهای نامبرده و ایران را نیز نباید فراموش نمود. براساس نتایج مطالعه حاضر، مهمترین علل انتخاب سازارین توسط متخصصان "ترس از آسیب به نوزاد"، ترس از درد زایمان و "اعتقاد به اینم بودن سازارین" بود. در حالی که براساس مطالعات Al-Mufti علی که متخصصان زنان و زایمان در توضیح انتخاب سازارین بیان کردند، ترس از آسیب به پرینه، ترس از اختلال در روابط جنسی، نگرانی از آسیب به جنین و تعیین زمان زایمان بود<sup>[۱۲]</sup>. در تحقیقات Jacquemyn و همکاران مهمترین علت انتخاب سازارین، امنیت جنین بود و ترس از آسیب به پرینه از علل پراهمیت به شمارنمی‌رفت<sup>[۱۳]</sup>. براساس مطالعه ما نوع زایمان ترجیحی ۱۱/۸ درصد متخصصان زنان و زایمان برای زنان باردار نخست‌زا سازارین بود. این درحالی است که نوع زایمان ترجیحی برای خودشان در ۵۶ درصد موارد سازارین بوده است. در مطالعه حنطوشزاده و همکاران ۲۵/۶ درصد متخصصان زایمان سازارین را برای زن باردار ترجیح دادند که با نتایج حاضر همخوانی ندارد<sup>[۹]</sup>. از آنجایی که مسئولیت مستقیم اعمال جراحی متخصصان بر عهده خود آنها است، منطقی است که به خاطر ترس از عوارض احتمالی برای مادران کمتر پیشنهاد سازارین داده شود اما عملاً ما شاهد آمار بالای سازارین برای مادران هستیم و به نظر می‌رسد فاکتورهای دیگری در این مسئله دخیل باشند. ما باید همیشه این نکته را در نظر داشته باشیم که پزشکان بخصوص متخصصان زنان و زایمان مراجعی هستند که بیماران در رابطه با تعیین نوع زایمان به آنها جوع می‌کنند<sup>[۱۲]</sup>. شریفی‌راد و همکاران معتقدند که مهمترین فرد تأثیرگذار بر زن باردار در تعیین نوع زایمان، پزشک و در درجات بعدی شوهر، مادر و دوستان وی هستند و این موضوع اهمیت نقش پزشکان را بر دیدگاه زنان نسبت به زایمان طبیعی و سازارین نشان می‌دهد<sup>[۱]</sup>.

نتایج آزمون آماری مجذورکای تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه متخصصان زنان و زایمان و ماماها از نظر نوع زایمان ترجیحی‌شان نشان نداد ( $P > 0.05$ ).

پر اهمیت‌ترین علل ترجیح سازارین توسط متخصصان "ترس از آسیب به نوزاد"، "ترس از درد زایمان" و "اعتقاد به اینم بودن سازارین بود. در حالی که از نظر ماماها "ترس از درد زایمان"، "ترس از آسیب به پرینه و واژن" و "ترس از بی‌اختیاری ادرار" از علل با اهمیت بیان شدند (جدول شماره ۱).

نتایج این پژوهش در پاسخ به سؤال دوم پژوهش مشخص کردکه که سازارین، زایمان پیشنهادی ۱۰۰ درصد متخصصان زنان و زایمان و ۹۵/۴ درصد ماماها به زنان باردار دارای سابقه سازارین بود. همچنین زایمان طبیعی، زایمان پیشنهادی ۸۷/۶ درصد متخصصان زنان و زایمان و ۹۴/۶ درصد ماماها به زنان باردار بدون سابقه سازارین بود. علل پیشنهاد زایمان سازارین نیز از نظر متخصصان زایمانی در جدول شماره ۲ ذکر شده است. مهمترین علل ترجیح سازارین برای مادر باردار بدون اندیکاسیون سازارین در هر دو گروه ماماها و متخصصان زنان و زایمان، "ترس از عدم حضور به تولد" و "ترس از مسائل قانونی" بود. همچنین "ترس از عدم حضور به موقع بر بالین زافو"، نامناسب بودن زمان زایمان واژینال و "طلولانی بودن پروسه زایمان" جزو علل بی‌اهمیت بیان شد. در پاسخ به سؤال سوم پژوهش نتایج این پژوهش با استفاده از آزمون آماری مجذورکای مشخص کردکه ارتباط معنی‌داری بین نوع زایمان ترجیه‌ی عاملین زایمان برای خود و نوع زایمان پیشنهادی آنان به زنان باردار وجود دارد ( $P < 0.05$ ) (جدول شماره ۳).

## بحث و نتیجه‌گیری

در راستای دستیابی به هدف اول پژوهش یافته‌ها بیانگر آن بود که درصد بالایی از ماماها ۵۸/۷ (درصد) و پزشکان (۶۲/۲ درصد) مورد مطالعه در مورد نوع زایمان خود درصورتی که خود را باردار نخست‌زا ترم سفالیک بدون اندیکاسیون سازارین تصویرنمایند، سازارین بود. در سال ۱۹۹۷ اولین تحقیق در این رابطه توسط Al-Mufti و همکارانش صورت گرفت. طبق یافته‌های این محققین ۱۷ درصد از ۲۰۶ نفر پاسخ دهنده، سازارین را برای خود یا همسر خود انتخاب نمودند<sup>[۱۰]</sup>. نتایج تحقیق Mc Gurgan و همکارانش در سال ۱۹۹۹ در ایرلند نشان داد که فقط ۷ درصد از ۱۶۵ متخصص زنان و زایمان پاسخ دهنده، سازارین را به عنوان زایمان ترجیحی

جدول ۲- توزیع فراوانی و درصدی علل پیشنهاد سازارین به زنان باردار توسط واحدهای مورد پژوهش

ترس از آسیب به پرینه	با اهمیت ترین دلیل	دلیل نسبتاً با اهمیت	دلیل کم اهمیت	دلیل بی اهمیت
اما	۳۲(۳۵/۲)	۱۴(۱۵/۵)	۱۵(۱۶/۵)	۳۰(۳۳)
متخصص	۷(۱۰/۴)	۱۵(۲۲/۴)	۱۲(۱۷/۹)	۳۲(۴۹/۳)
ترس از بی اختیاری اداره	۲۸(۳۰/۸)	۱۵(۱۶/۵)	۱۸(۱۹/۸)	۳۰(۳۳)
اما	۷(۱۰/۴)	۱۴(۲۰/۹)	۱۶(۲۳/۹)	۳۰(۴۴/۸)
متخصص	ترس از دیستوژی و ترومای تولد			
اما	۶۵(۷۱/۴)	۹(۹/۹)	۸(۸/۸)	۹(۹/۹)
متخصص	۴۵(۶۷/۲)	۷(۱۰/۴)	۷(۱۰/۴)	۸(۱۱/۹)
ترس از مسائل قانونی	۳۵(۳۸/۵)	۱۶(۱۷/۶)	۹(۹/۹)	۳۱(۳۴/۱)
اما	۴۶(۶۸/۷)	۷(۱۰/۴)	۵(۷/۵)	۹(۱۳/۴)
متخصص	اعتقاد به اینمن بودن سازارین			
اما	۲۰(۲۲)	۱۸(۱۹/۸)	۱۶(۱۷/۶)	۳۷(۴۰/۷)
متخصص	۲۳(۳۴/۳)	۱۸(۲۶/۹)	۶(۹)	۲۰(۲۹/۹)
سازارین به درخواست مادر	۲۶(۲۸/۶)	۲۱(۲۳/۱)	۱۷(۱۸/۷)	۲۷(۲۹/۷)
اما	۴۲(۶۲/۷)	۸(۱۱/۹)	۴(۶)	۱۳(۱۹/۴)
متخصص	ترس از عدم حضور به موقع بر بالین زائو			
اما	۸(۸/۸)	۷(۷/۷)	۱۹(۲۰/۹)	۵۷(۶۲/۶)
متخصص	۱۶(۲۳/۹)	۱۴(۲۰/۹)	۱۳(۱۹/۴)	۲۴(۳۵/۸)
نامناسب بودن زمان زایمان و ازینال(شیفت عصر و شب)	۱۱(۱۲/۱)	۳(۳/۳)	۱۶(۱۷/۶)	۶۱(۶۷)
اما	۱۴(۲۰/۹)	۹(۱۳/۴)	۱۶(۲۳/۹)	۲۸(۴۱/۸)
متخصص	طولانی بودن پروسه زایمان و ازینال و وقت‌گیر بودن			
اما	۱۵(۱۶/۵)	۸(۸/۸)	۱۲(۱۴/۳)	۵۵(۶۰/۴)
متخصص	۱۷(۲۵/۴)	۱۱(۱۶/۴)	۱۱(۱۶/۴)	۲۸(۴۱/۸)
نداشتن پرسنل کافی جهت کنترل در طول زایمان	۱۸(۱۹/۸)	۹(۹/۹)	۱۶(۱۷/۶)	۴۸(۵۲/۷)
اما	۳۲(۴۷/۸)	۱۳(۱۹/۴)	۶(۹)	۱۶(۲۳/۹)
متخصص				

جدول ۳: ارتباط بین نوع زایمان پیشنهادی عاملان زایمان به زنان باردار براساس نوع زایمان ترجیحی خودشان

$\chi^2$	df	P-value	نوع زایمان ترجیحی برای خود*		نوع زایمان پیشنهادی به زنان باردار	دارای سابقه سازارین	طبیعی	طبیعی	اما
			سازارین	طبیعی					
۵/۶۷	۲	۰/۰۴۲	۲۲(۲۳)	۵(۷/۸)	طبيعي	دارای سابقه سازارین	نوع زایمان پیشنهادی به زنان باردار		
			۸۴(۹۷/۷)	۵۹(۹۲/۲)	سازارین				
۵/۹۷	۲	۰/۰۲۱	۷۷(۹۰/۶)	۶۱(۱۰۰)	طبيعي	بدون سابقه سازارین			
			۸(۹/۴)	۰(۰)	سازارین				
۲۰/۰۱	۲	۰/۰۰۱	۵۴(۶۹/۲)	۶۱(۹۸/۴)	طبيعي	نخست‌زا			
			۲۴(۳۰/۸)	۱(۱/۶)	سازارین				
-	-	-	-	-	طبیعی	دارای سابقه سازاری	نوع زایمان پیشنهادی به زنان باردار		متخصص
			۵۶(۱۰۰)	۳۴(۱۰۰)	سازارین				
۱/۹۲	۲	۰/۲۰	۴۷(۸۳/۹)	۳۱(۹۳/۹)	طبيعي	بدون سابقه سازارین			
			۹(۱۶/۱)	۲(۱/۶)	سازارین				
۱۱/۸۵	۲	۰/۰۰۱	۲۹(۵۲/۷)	۳۰(۸۸/۲)	طبيعي	نخست‌زا			
			۲۶(۴۷/۳)	۴(۱۱/۸)	سازارین				

متقادع نمودن زنان باردار خواهان سازارین انجام نخواهد داد و در حین کمک به زائو در زایمان، مدت زمان کمتری برای تلاش در جهت کمک به زایمان طبیعی زن باردار اختصاص می‌دهد و در نتیجه زائو به سمت سازارین سوق داده می‌شود. این مطالعه تلاشی بود برای روش‌شن شدن این مطلب که داشتن ترجیح مثبت متخصصان زایمان نسبت به سیر زایمان طبیعی می‌تواند بر عملکرد آنان در امر مشاوره به مادران باردار در رابطه با نوع زایمان و میزان تلاش برای انجام زایمان طبیعی تأثیرگذار باشد. امید است با نظرات و تلاش مسئولان مربوطه در جهت گنجاندن برنامه‌های آموزشی در راستای افزایش نگرش مثبت متخصصان زنان و زایمان و ماماهای نسبت به زایمان طبیعی در آینده‌ای نزدیک، گامی در جهت کاهش میزان سازارین‌های غیرضروری برداشته باشیم.

### سهم نویسنده‌گان

سهیلا بانی: استاد راهنمای اول پایان نامه و مجری طرح، همکاری در تدوین کلیه قسمت‌های مقاله  
الله سیدرسولی: استاد راهنمای دوم پایان نامه، همکار طرح تحقیقاتی، همکاری در تدوین کلیه قسمت‌های مقاله  
طاهره شمس قریشی: جمع‌آوری مقالات علمی و نگارش پایان نامه و مقاله، گردآوری و وارد کردن داده‌ها  
دکتر مرتضی قوجازاده: مشاور پایان نامه و همکار طرح، کمک به وارد کردن داده‌ها و تجزیه و تحلیل آنها  
شیرین حسن پور: همکار طرح، کمک به استاد راهنمای و مشاور در تمامی قسمت‌های انجام طرح و نگارش مقاله حاصل از آن

همچنین بر اساس نتایج این مطالعه نوع زایمان ترجیحی ۱۷/۶ درصد ماماهای برای زنان باردار نخست‌زا سازارین بود. مهمترین علل بیان شده ترجیح سازارین توسط ماماهای "ترس از درد زایمان" و "ترس از آسیب به نوزاد" بود. بر اساس مطالعات Gunnervik و همکارانش، ۹۸/۷ درصد ماماهای شاغل در زایشگاه مخالف این عقیده بودند که زایمان سازارین این‌تر از زایمان واژینال هم برای مادر و هم برای جنین است؛ همچنین فقط ۱۴/۷ درصد ماماهای شاغل در زایشگاه با این عقیده که زنان باردار حق انتخاب سازارین به عنوان روش زایمانی را دارند موافق بودند [۱۴]؛ که با نتایج مطالعه ما هم خوانی دارد. نتایج آزمون آماری مجذور کای در این تحقیق ارتباط معنی‌داری بین نوع زایمان ترجیحی متخصصان زنان و زایمان و ماماهای برای خود و نوع زایمان ترجیحی برای زنان باردار نخست‌زا ( $P=0.01$ ) نشان داد. این نتایج با نتایج حنطوش‌زاده و همکاران همخوانی دارد اما با وجود معنی دار بودن این گزینه در گروه ماماهای عملاً "ما شاهد همسو نبودن ترجیح ماماهای برای خود و زنان باردار بودیم. آنچه مسلم است این است که مسئولیت مستقیم کنترل و مراقبت از مادران باردار، عوارض و احتمال بروز خطرات و خطاهای احتمالی ناشی از سازارین و حتی زایمان طبیعی در حال حاضر بر عهده ماماهای نبوده و نهایتاً" در صورت مشاهده هرگونه علائم خطر فوراً به پزشک متخصص اطلاع داده می‌شود در نتیجه ماماهای کمتر از متخصصان استرس کاری داشته و نهایتاً "متخصصان پاسخ‌گو خواهند بود و لذا وقتی که ماماهای از دید حرفاً به مسئله نگاه می‌کنند برطبق آموخته‌های خود و اینکه اصولاً" شغل آنان انجام زایمان طبیعی است در اکثریت موارد اعتقاد دارند که نوع زایمان پیشنهادی آنان به زنان باردار زایمان طبیعی است. اما وقتی خود را مادر باردار فرض می‌کنند از ترس صدمه به جنین و خودشان و اینکه احتمالاً متخصصان بدليل شلوغی بخش‌های زایمانی فرصت مراقبت از آنها و جنین‌شان را نداشته باشند سازارین را برای خود ترجیح می‌دهند. این مسئله ثابت می‌کند که ماماهای ما در طی تحصیل به این باور نرسیده‌اند که زایمان واژینال روش مطمئنی برای زایمان زنان باردار بدون مشکل است؛ و اندیکاسیون‌های سازارین را به خوبی درک نکرده‌اند. پژوهشگر معتقد است که ترجیحات افراد بر عملکردشان تأثیرگذار می‌باشد و اگر ماما که نقش کلیدی در مراقبتها داران بارداری و در حین زایمان دارد نگرش مثبتی نسبت به زایمان سازارین داشته باشد در نتیجه در روند آموزش تلاش کافی را برای

### تشکر و قدردانی

در پایان از استاد بزرگوار و متخصصان محترم زنان و زایمان استان آذربایجان شرقی که با وجود مشغله کاری فراوان قبول رحمت نموده و پرسشنامه مربوط به این پژوهش را تکمیل نمودند و همچنین مسئولین محترم بیمارستان‌های استان و ماماهای که ما را در امر جمع‌آوری اطلاعات یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم. همچنین، از معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی تبریز که اعتبارات مالی طرح را تأمین کرند قدردانی می‌شود. در انتهای از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی و معاونت محترم پژوهشی دانشکده کمال تشکر را داریم.

## منابع

1. Sharefi Rad G, Fatheian Z, Terani M, Mahaki B.The survey of pregnant women 'viewpoints to the normal and cs according to medical behavior.The journal of Yazd Medical Science university 2008;15:19-23
2. Fatheian Z, Sharefi Rad G, Hasanzadeh A, Fatheian Z.The survey of Effect on knowledge, attitude and practice of pregnant women compared to normal delivery model based on behavioral intention in Khomeini Shahr city. The journal of Tabeb Sharg 2007; 2:123-31
3. Althabe F, Belizan JF. Caesarean section: The paradox. *The Lancet* 2006; 368: 1472-73
4. Monari F, Mario S, Facchinetti F, Basevi V.Obstetricians' and Midwives' Attitudes toward Cesarean Section. *BIRTH Journal* 2008;35:129-35
5. Kingdon C, Baker L, Lavender T.Systematic review of nulliparouswomen's views of planned cesarean birth: The missingcomponent in the debate about a term cephalic trial. *Birth Journal* 2006;33:229-37
6. Potter JE,et al.Unwanted caesarean section among public and private patients in Brazil: Prospective study. *British Medical Journal* 2001; 323:1155-58
7. Kalish RB ,ChervenakFA, Thaler HT, Gupta M, Mc Cullough L. Intrapartum elective cesarean delivery: a previously unrecognized clinicalentity. *American Journal of Obstetric & Gynecolgy* 2004; 103:1137-41
8. Bettes BA, et al. Cesarean delivery on maternal request: obstetrician-gynaecologists' knowledge, perception, and practice patterns. *American Journal of Obstetric & Gynecolgy* 2007;109: 57-66
9. Hantoushzadeh S, et al. Caesarean or normal vaginal delivery: overview of physicians'self-preference and suggestion to patients. *Archives of Gynecology and Obstetrics journal* 2008; 17: 26-28
10. Al-Mufti R, Carthy A, Fisk NM. Survey of obstetricians personal preference and discretionary practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1997;73:1-40
11. Mc Gurgan P, Coulter-Smith S, O'Donovan PJ. A national confidential survey of obstetrician's personal preferences regarding mode of delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology* 2001;97: 17-19
12. ChervenakF A, Thaler HT, Gupta M, Mc Cullough L, Kalish RB. Intrapartum electivecesarean delivery: a previously unrecognized clinicalentity. *American Journal of Obstetric & Gynecolgy* 2004; 103:1137-41
13. Jacquemen Y, Ahankour F, Martens G. Flemish obstetricious'personal preference regarding mode of delivery and attitude toward caesarean section on demand. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2003;111:164-66
14. Gunnervik C, Josefsson A, Sydsjo A, Sydsjo G. Attituds mode of birth among Swedish midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2010; 26:38-44