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

سهیلا بانی*[1]، الهه سید رسولی[1]، طاهره شمس قریشی[1]، مرتضی قوجازاده[1]، شیرین حسن‌پور[1]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره پنجم مهر ـ آبان ۱۳۹۱ صص ۶۳۵-۶۲۹
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 دهندگان خدمات بهداشتی، عاملان زایمان (متخصصان زنان و زایمان و ماماها) نقش ویژه‌ای در این زمینه بر عهده دارند. به نظر می‌رسدکه 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 بودکه 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 نخست‌زا 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.7.7]

مقدمه

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 شتافت[۱]. امروزه آمار سزارین در بیشتر کشورهای دنیا از جمله ایران بسیار بالا و در حال افزایش است[۲]. در ایران در بررسی سال ۱۳۵۵، شیوع سزارین 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 سزارین ۱۰-۵ درصد حاصل می شود و به نظرمی‌رسدکه 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 راتحت تأثیر قرار دهد، نگرش مثبت مراقبین مادران باردار در امر 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 سزارین ایفا می‌کند[۷-۵]. کالج آمریکایی زنان و زایمان اظهار کرده‌است که اگر عاملان زایمان عقیده داشته باشند که زایمان سزارین سلامت مادر و جنین را بیشتر از زایمان واژینال بهبود می‌بخشد اخلاقاً باید زایمان سزارین را تصدیق نماید و اگر عقیده داشته باشدکه زایمان سزارین ممکن است برای سلامت مادر و جنین زیان‌آور باشد اخلاقاً باید از این کار صرفنظر نمایند[۸].

براساس مطالعات حنطوش زاده و همکاران، پزشکان 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 شدیم تا پژوهشی در این مورد با پاسخ به سؤالات زیر انجام دهیم: ۱- ترجیحات عاملان زایمان در مورد زایمان خود چیست؟ ۲- نوع زایمان پیشنهادی عاملان زایمان به زنان باردارچیست ؟ ۳- چه ارتباطی بین ترجیحات عاملان زایمان درمورد زایمان خود و زایمان پیشنهادی آنان به زنان بارداروجوددارد؟

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی ـ تحلیلی بودکه 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) نفرگزارش گردید. طی مطالعه ۹۰ نفر از کل متخصصان زنان و زایمان آذربایجان شرقی و ۱۵۳ نفر از کل ماماهای شاغل در زایشگاه‌های 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 سال۱۳۸۸). ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته شامل بخش‌های زیر بود. قسمت اول: شامل مشخصات فردی ــ اجتماعی شامل سن، مدت اشتغال، وضعیت تأهل. قسمت دوم: شامل تاریخچه حاملگی شامل سابقه بارداری و زایمان، نوع زایمان و در صورت داشتن سابقه سزارین انتخابی، علل انتخاب سزارین، قسمت سوم: شامل نوع زایمان ترجیحی عاملان زایمان برای خود (در صورتی که خود را در شرایطی فرض کنند که باردار نخستزا، دارای جنین یک قلوی ترم با وزن تخمینی ۳۵۰۰ گرم و بدون اندیکاسیون سزارین باشند) و عللی که منجر به ترجیح سزارین برای خود شده‌است چهارم: شامل نوع زایمان پیشنهادی به زنان باردار و عللی که منجربه پیشنهاد سزارین می‌شود. برای تعیین علل ترجیحات و پیشنهادات سزارین 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.7.7]

پرستاری و مامایی و متخصصان زنـان و زایمـان زن دانشـگاه علـوم پزشکی تبریز ارسال شد و سپس نظرات اصلاحی و پیشنهادات آنهـا اعمال گردید. برای بررسی اعتماد علمی پرسشـنامه از روش آزمـون مجدد استفاده شد؛ به این ترتیب که پرسشـنامه توسـط ۱۰ نفـر از ماماها و۱۰ نفر از متخصصان در دو نوبت تکمیل شد. فرآیند اجرایی پژوهش بـه ایـن صـورت بودکـه پژوهشـگر پـس از اخـذ معرفـی از دانشکده با مراجعه به بخش‌های زایمانی ۱۵بیمارستان دولتی استان آذربایجان شرقی و مطب‌های خصوصی ضمن معرفی خود و با ارائـه توضیحات در مورد اهداف و نحوه تکمیل کردن پرسشنامه، اختیاری بودن شرکت در مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات آنها، پرسشـنامه را در اختیار نمونه‌هـا قـرار مـی‌داد. بـرای تجزیـه و تحلیـل داده‌هـا از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۳ استفاده شد.

داده‌های بدسـت آمـده از مطالعـه بـا اسـتفاده از روش‌هـای آمـار توصیفی، آزمون مجذورکای، آزمون دقیق فیشر و آزمـون تـی بـرای گروه‌های مستقل مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها

ضریب پیرسون در بررسی پایـایی (آزمـون ـ بـازآزمون) ۷۴ درصـد محاسبه شد.

نتایج پژوهش حاضر درپاسخ به سؤال اول پژوهش نشان دادکـه کـه زایمان ترجیحی ۵۷/۶ درصد ماماها و ۶۲/۲ درصد متخصصان زنـان و زایمان در صورتی که در شرایطی باشندکه خود را باردار نخست‌زا، دارای جنین تک قلـوی تـرم بـا وزن تخمـین ۳/۵ کیلـوگرم فـرض نمایند، سزارین بود.

جدول۱- توزیع فراوانی و درصدی علل ترجیح سزارین انتخابی واحدهای مورد پژوهش

علل ترجیح سزارین انتخابی	با اهمیت ترین دلیل	دلیل نسبتاً با اهمیت	دلیل کم اهمیت	دلیل بی‌اهمیت
ترس از آسیب به پرینه و واژن				
ماما	۵۰(۵۷/۵)	۱۴(۱۶/۱)	۶(۶/۹)	۱۷(۱۹/۵)
متخصص	۱۹(۳۴/۵)	۱۱(۲۰)	۸(۱۴/۵)	۱۷(۳۰/۹)
ترس از بی‌اختیاری ادرار و مدفوع				
ماما	۵۱(۵۸/۶)	۹(۱۰/۳)	۵(۵/۷)	۲۲(۲۵/۳)
متخصص	۱۵(۲۷/۳)	۱۰(۱۸/۲)	۹(۱۶/۴)	۲۱(۳۸/۲)
ترس از درد زایمان				
ماما	۶۷(۷۷)	۵(۵/۷)	۹(۱۰/۳)	۶(۶/۹)
متخصص	۲۶(۴۷/۳)	۹(۱۶/۴)	۸(۱۴/۵)	۱۲(۲۱/۸)
ترس از آسیب به نوزاد				
ماما	۵۰(۵۷/۵)	۱۸(۲۰/۷)	۵(۵/۷)	۱۴(۱۶/۱)
متخصص	۳۹(۷۰/۹)	۴(۷/۳)	۴(۷/۳)	۸(۱۴/۵)
اعتقاد به ایمن بودن سزارین				
ماما	۲۵(۲۸/۷)	۱۸(۷/۲۰)	۹(۱۰/۳)	۳۵(۴۰/۲)
متخصص	۱۹(۳۴/۵)	۱۰(۱۸/۲)	۷(۱۲/۷)	۱۹(۳۴/۵)
کوتاه شدن زمان زایمان				
ماما	۴۱(۴۷/۱)	۱۴(۱۶/۱)	۱۰(۱۱/۵)	۲۲(۲۵/۳)
متخصص	۱۸(۳۲/۷)	۶(۱۰/۹)	۶(۱۰/۹)	۲۵(۴۵/۵)
تغییر نیافتن کیفیت روابط زناشویی				
ماما	۲۶(۲۹/۹)	۱۰(۱۱/۵)	۸(۹/۲)	۴۳(۴۹/۴)
متخصص	۹(۱۶/۴)	۵(۹/۱)	۸(۱۴/۵)	۳۳(۶۰)
انتخاب زمان زایمان				
ماما	۳۰(۳۴/۵)	۱۳(۱۴/۹)	۱۱(۱۲/۶)	۳۳(۳۷/۹)
متخصص	۱۵(۲۷/۳)	۶(۱۰/۹)	۸(۱۴/۵)	۲۶(۴۷/۳)
پیشگیری از سزارین اورژنس احتمالی				
ماما	۳۸(۳۴/۷)	۱۲(۱۳/۸)	۸(۹/۲)	۲۹(۳۳/۳)
متخصص	۱۶(۲۹/۱)	۸(۱۴/۵)	۵(۹/۱)	۲۶(۴۷/۳)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.7.7]

نتایج آزمون آماری مجذورکای تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه متخصصان زنان و زایمان و ماماها از نظر نوع زایمان ترجیحی‌شان نشان نداد (P<۰/۰۵).

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

نتایج این پژوهش در پاسخ به سؤال دوم پژوهش مشخص کردکه که سزارین، زایمان پیشنهادی ۱۰۰ درصد متخصصان زنان و زایمان و ۹۵/۴ درصد ماماها به زنان باردار دارای سابقه سزارین بود. همچنین زایمان طبیعی، زایمان پیشنهادی ۸۷/۶ درصد متخصصان زنان و زایمان و ۹۴/۶ درصد ماماها به زنان باردار بدون سابقه سزارین بود. علل پیشنهاد زایمان سزارین نیز از نظر متخصصان زایمانی درجدول شماره ۲ ذکرشده است. مهمترین علل ترجیح سزارین برای مادر باردار بدون اندیکاسیون سزارین در هر دو گروه ماماها و متخصصان زنان و زایمان،"ترس از دیستوشی و ترومای تولد"و"ترس از مسائل قانونی" بود. همچنین"ترس از عدم حضور به موقع بر بالین زائو"،" نامناسب بودن زمان زایمان واژینال"و "طولانی بودن پروسه زایمان"جزء علل بی‌اهمیت بیان شد. درپاسخ 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 وجوددارد (P<۰/۰۵) (جدول شماره۳).

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 سزارین تصورنمایند، سزارین بود. درسال ۱۹۹۷ اولین تحقیق در این رابطه توسط Al-Mufti و همکارانش صورت گرفت. طبق یافته‌های این محققین ۱۷ درصد از ۲۰۶ نفر پاسخ دهنده، سزارین را برای خود یا همسر خود انتخاب نمودند[۱۰]. نتایج تحقیق Mc Gurgan و همکارانش در سال۱۹۹۹ در ایرلند نشان داد که فقط ۷ درصد از ۱۶۵ متخصص زنان و زایمان پاسخ دهنده، سزارین را به عنوان زایمان ترجیحی خود انتخاب نمودند[۱۱].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) سزارین را برای خودترجیح دادند[۹]؛ که باز هم با نتایج مطالعه ما تفاوت دارد. یکی از عللی که بنظر می‌رسد در این تفاوت نقش داشته باشد، دو برابر بودن تعداد نمونه‌ها در مطالعه یادشده نسبت به مطالعه ماست. همچنین تفاوت‌های محیط‌های بالینی، آمار بالای تولدها و به تبع آن نحوه مراقبت‌های قبل و بعداز زایمان طبیعی، و نیز شرایط کاری متخصصان درکشورهای نامبرده و ایران را نیز نباید فراموش نمود. براساس نتایج مطالعه حاضر، مهمترین علل انتخاب سزارین توسط متخصصان" ترس از آسیب به نوزاد"،" ترس از درد زایمان"و" اعتقاد به ایمن بودن سزارین" بود. در حالی که براساس مطالعات Al-Mufti عللی که متخصصان زنان و زایمان در توضیح انتخاب سزارین بیان کردند، ترس از آسیب به پرینه، ترس از اختلال در روابط جنسی، نگرانی از آسیب به جنین و تعیین زمان زایمان بود[۱۲]. در تحقیقات Jacquemyn و همکاران مهمترین علت انتخاب سزارین، امنیت جنین بود و ترس از آسیب به پرینه ازعلل پراهمیت به‌شمارنمی‌رفت[۱۳]. براساس مطالعه ما نوع زایمان ترجیحی ۱۱/۸درصد متخصصان زنان و زایمان برای زنان باردار نخست‌زا سزارین بود. این درحالی است که نوع زایمان ترجیحی برای خودشان در ۵۶ درصد موارد سزارین بوده است. در مطالعه حنطوش‌زاده و همکاران ۲۵/۶ درصد متخصصان زایمان سزارین را برای زن باردار ترجیح دادندکه با نتایج حاضر همخوانی ندارد[۹]. ازآنجایی که مسئولیت مستقیم اعمال جراحی متخصصان بر عهده خود آنها است، منطقی است که به خاطر ترس از عوارض احتمالی برای مادران کمتر پیشنهاد سزارین داده شود اما عملا" ما شاهد آمار بالای سزارین برای مادران هستمی و به نظر می‌رسد فاکتورهای دیگری دراین مسئله دخیل باشند. ما باید همیشه این نکته را در نظر داشته باشیم که پزشکان بخصوص متخصصان زنان و زایمان مراجعی هستندکه بیماران در رابطه با تعیین نوع زایمان به آنهارجوع می‌کنند[۱۲]. 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 سزارین نشان می‌دهد[۱].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.7.7]

جدول۲- توزیع فراوانی و درصدی علل پیشنهاد سزارین به زنان باردار توسط واحدهای مورد پژوهش

	با اهمیت‌ترین دلیل	دلیل نسبتاً با اهمیت	دلیل کم‌اهمیت	دلیل بی‌اهمیت
ترس از آسیب به پرینه				
ماما	۳۲(۳۵/۲)	۱۴(۱۵/۵)	۱۵(۱۶/۵)	۳۰(۳۳)
متخصص	۷(۱۰/۴)	۱۵(۲۲/۴)	۱۲(۱۷/۹)	۳۳(۴۹/۳)
ترس از بی‌اختیاری ادرار				
ماما	۲۸(۳۰/۸)	۱۵(۱۶/۵)	۱۸(۱۹/۸)	۳۰(۳۳)
متخصص	۷(۱۰/۴)	۱۴(۲۰/۹)	۱۶(۲۳/۹)	۳۰(۴۴/۸)
ترس از دیستوشی و ترومای تولد				
ماما	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				
ماما	۳۵(۳۸/۵)	۱۶(۱۷/۶)	۹(۹/۹)	۳۱(۳۴/۱)
متخصص	۴۶(۶۸/۷)	۷(۱۰/۴)	۵(۷/۵)	۹(۱۳/۴)
اعتقاد به ایمن بودن سزارین				
ماما	۲۰(۲۲)	۱۸(۱۹/۸)	۱۶(۱۷/۶)	۳۷(۴۰/۷)
متخصص	۲۳(۳۴/۳)	۱۸(۲۶/۹)	۶(۹)	۲۰(۲۹/۹)
سزارین به درخواست مادر				
ماما	۲۶(۲۸/۶)	۲۱(۲۳/۱)	۱۷(۱۸/۷)	۲۷(۲۹/۷)
متخصص	۴۲(۶۲/۷)	۸(۱۱/۹)	۴(۶)	۱۳(۱۹/۴)
ترس از عدم حضور به موقع بر بالین زائو				
ماما	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 واژینال(شیفت عصر و شب)				
ماما	۱۱(۱۲/۱)	۳(۳/۳)	۱۶(۱۷/۶)	۶۱(۶۷)
متخصص	۱۴(۲۰/۹)	۹(۱۳/۴)	۱۶(۲۳/۹)	۲۸(۴۱/۸)
طولانی بودن پروسه زایمان واژینال و وقت‌گیر بودن				
ماما	۱۵(۱۶/۵)	۸(۸/۸)	۱۳(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				
ماما	۱۸(۱۹/۸)	۹(۹/۹)	۱۶(۱۷/۶)	۴۸(۵۲/۷)
متخصص	۳۲(۴۷/۸)	۱۳(۱۹/۴)	۶(۹)	۱۶(۲۳/۹)

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

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.7.7]

همچنین بر اساس نتایج این مطالعه نوع زایمان ترجیحی ۱۷/۶درصد ماماها برای زنان باردار نخستزا سزارین بود. مهمترین علل بیان شده ترجیح سزارین توسط ماماها "ترس از درد زایمان"و"ترس از آسیب به نوزاد" بود. بر اساس مطالعات Gunnervikو همکارانش، ۹۸/۷ درصد ماماهای شاغل در زایشگاه مخالف این عقیده بودندکه زایمان سزارین ایمنتر از زایمان واژینال هم برای مادر و هم برای جنین است؛ همچنین فقط۱۴/۷ درصد ماماهای شاغل در زایشگاه با این عقیده که زنان باردارحق انتخاب سزارین به عنوان روش زایمانی را دارند موافق بودند[۱۴]؛که با نتایج مطالعه ما هم خوانی دارد. نتایج آزمون آماری مجذورکای در این تحقیق ارتباط معنیداری بین نوع زایمان ترجیحی متخصصان زنان و زایمان وماماها برای خود و نوع زایمان ترجیحی برای زنان باردار نخستزا (P=۰/۰۱) نشان داد. این نتایج با نتایج حنطوشزاده و همکاران همخوانی دارد اما باوجود معنی دار بودن این گزینه درگروه ماماها عملا" ما شاهد همسو نبودن ترجیح ماماها برای خود و زنان باردار بودیم. آنچه مسلم است این است که مسئولیت مستقیم کنترل و مراقبت ازمادران باردار، عوارض و احتمال بروز خطرات و خطاهای احتمالی ناشی از سزارین و حتی زایمان طبیعی درحال حاضر بر عهده ماماها نبوده و نهایتا" درصورت مشاهده هرگونه علائم خطر فورا" به پزشک متخصص اطلاع داده میشود در نتیجه ماماها کمتراز متخصصان استرس کاری داشته و نهایتا" متخصصان پاسخگو خواهند بود و لذا وقتی که ماماها ازدید حرفهای به مسئله نگاه میکنند برطبق آموختههای خو د و اینکه اصولا" شغل آنان انجام زایمان طبیعی است در اکثریت موارد اعتقاد دارندکه 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 احتمالا" متخصصان بدلیل شلوغی بخشهای زایمانی فرصت مراقبت از آنها و جنینشان را نداشتهباشند سزارین 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 سزارین را به خوبی درک نکردهاند. پژوهشگر معتقد است که ترجیحات افراد بر عملکردشان تأثیرگذار میباشد و اگر ماما که نقش کلیدی در مراقبتهای دوران بارداری و در حین زایمان دارد نگرش مثبتی نسبت به زایمان سزارین داشته باشد در نتیجه در روند آموزش تلاش کافی را برای متقاعد نمودن زنان باردار خواهان سزارین 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 می دهد و در نتیجه زائو به سمت سزارین سوق داده میشود. این مطالعه تلاشی بود برای روشن شدن این مطلب که داشتن ترجیح مثبت متخصصان زایمان نسبت به سیر زایمان طبیعی میتواند بر عملکرد آنان درامر مشاوره به مادران باردار در رابطه با نوع زایمان و میزان تلاش برای انجام زایمان طبیعی تأثیرگذار باشد. امید است با نظارت و تلاش مسؤلان مربوطه در جهت گنجاندن برنامههای آموزشی در راستای افزایش نگرش مثبت متخصصان زنان و زایمان و ماماها نسبت به زایمان طبیعی درآیندهای نزدیک، گامی در جهت کاهش میزان سزارینهای غیرضروری برداشته باشیم.

سهم نویسندگان

سهیلا بانی: استاد راهنمای اول پایان نامه و مجری طرح، همکاری در تدوین کلیه قسمتهای مقاله

الهه سیدرسولی: استاد راهنمای دوم پایان نامه، همکارطرح تحقیقاتی، همکاری درتدوین کلیه قسمتهای مقاله

طاهره شمس قریشی: جمعآوری مقالات علمی و نگارش پایاننامه و مقاله،گردآوری و واردکردن دادهها

دکتر مرتضی قوجازاده: مشاور پایاننامه و همکار طرح، کمک به واردکردن دادهها و تجزیه و تحلیل آنها

شیرین حسن پور: همکارطرح،کمک به اساتید راهنما ومشاور در تمامی قسمتهای انجام طرح و نگارش مقاله حاصل ازآن

تشکر و قدردانی

در پایان از اساتید بزرگوار و متخصصان محترم زنان و زایمان استان آذربایجان شرقی که با وجود مشغله کاری فراوان قبول زحمت نموده و پرسشنامه مربوط به این پژوهش را تکمیل نمودند و همچنین مسئولین محترم بیمارستانهای استان و ماماها 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 کردند قدرانی میشود. در انتها از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی و معاونت محترم پژوهشی دانشکده کمال تشکر را داریم.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.7.7]

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.5.7.7]