دیدگاه‌های مادران باردار، ماماها، متخصصان زنان و مامایی ومتخصصان بیهوشی نسبت به روش زایمان: یک مطالعه کیفی

سپیده حاجیان: * دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود
کتایون وکیلیان: دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود
محمد شریعتی: استادیار، مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
محمد اسماعیل عجمی: استادیار، گروه بیماری‌های زنان و مامایی، بیمارستان فاطمیه شاهرود

فصلنامه پایش
سال دهم شماره اول زمستان ۱۳۸۹ صص ۴۸-۳۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۵/۲۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۲۶ آذر ۱۳۸۹]

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی چندجانبه علل افزایش میزان زایمان سزارین در شهر شاهرود است. پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی است که جمع آوری اطلاعات از مادران باردار به روش بحث‌های گروهی، مصاحبه‌های فردی نیمه ساختار یافته توسط ماماها، متخصصان زنان ومامایی و متخصصان بیهوشی با استفاده از روش دلفی صورت گرفت. در تمامی مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی، صحبت‌های افراد با اجازه آنان ضبط و سپس روی کاغذ پیاده سازی شده و در نهایت از اطلاعات به دست آمده، موضوعات اصلی استخراج شده و کد گذاری شدند. در نهایت یافته‌های پژوهش تحت دو گروه اصلی «علل تمایل به زایمان به روش سزارین» و «علل تمایل به زایمان به روش طبیعی» از دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه دسته بندی شدند. یافته‌های اصلی در این مطالعه نشان دادند مهم‌ترین دلایل تمایل افراد به سزارین از دیدگاه شرکت کنندگان در پژوهش «ترس از درد زایمان» بود. سایر دلایل عبارت بودند از ترس پزشکان و ماماها از شکایات بیماران و مسایل قانونی متعاقب آن، توصیه اطرافیان، اطلاعات کم و باورهای نادرست زنان باردار در مورد روش‌های زایمانی، کاستی‌های مرتبط با ارایه خدمات به زنان باردار مانند فضای اتاق زایمان، تردد دانشجویان و مداخلات مختلف گروه‌های درگیر در امر زایمان و عدم تعامل مناسب افراد دست اندر کار درعمل زایمان با یکدیگر و در نهایت مواردی که تا حدودی بروز این مسئله را «توجیه» می‌کرد مانند چاقی و عدم تناسب فیزیکی اندام زنان در دوران بارداری، افزایش سن اغلب زنان در شرایط کنونی به علت بالا رفتن سن ازدواج و پیشگیری‌های طولانی مدت از بارداری و بیشتر شدن بیماری‌های داخلی طی حاملگی، عدم تحرک و ورزش زنان طی بارداری. به هر حال، آنچه که در نتیجه گیری از این مطالعه می‌توان اظهار کرد وجود چرخه معیوبی از علل و عوامل است که اگرچه درخواست مادران به عنوان عامل اصلی شیوع این مشکل خود را نشان می‌دهد، اما در در واقع خواست و تمایل مادران به عنوان معلول این علل محسوب می‌شود؛ در حالی که باید ترویج زایمان طبیعی را از طرق دیگر مانند بهبود ارایه آموزش‌های مؤثربه مادران و همسران آنها، دردسترس قرار دادن گزینه‌های لازم برای انجام یک زایمان طبیعی بدون درد و عارضه، ارتقای سطح کیفیت خدمات مامایی طی درد زایمان و زایمان به همراه شفاف سازی وظایف ماما و متخصص زنان و زایمان در امر زایمان طبیعی و افزایش انگیزه گروه دخیل در امرزایمان طبیعی به وسیله رعایت شئون حرفه‌ای آنها گسترش داد.

کلیدواژه‌ها: روش زایمان، زنان باردار، ماما، متخصص زنان، مطالعه کیفی

* نویسنده پاسخگو: شاهرود، میدان هفتم تیر، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، گروه بهداشت باروری
تلفن: ۰۲۷۳-۳۳۹۵۰۵۴
E-mail: hajian74@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.5.6]

مقدمه

طبق بررسی‌های انجام شده، شیوع زایمان سزارین در آمریکا واغلب کشورهای پیشرفته جهان از سال ۱۹۶۵ تا سال ۱۹۸۸ با افزایش پیشرونده از ۴/۵ درصد به ۲۵ درصد در کل زایمان‌ها رسید وپس از آن به علت ترویج زایمان طبیعی بعد از سزارین و نیز کاهش زایمان سزارین در زنان نخست زا، روند کاهشی داشت.اما پس از آن مجدداً از سال ۱۹۹۶ تا سال ۲۰۰۶ این میزان به ۲۶ درصد از کل زایمان‌ها رسید [۱، ۲، ۳].

در کشور ایران نیز میزان شیوع زایمان به روش سزارین از دهه ۶۰ تا دهه ۷۰ با روند رو به افزایشی همراه بود و به خصوص سزارین‌های تکراری افزایش یافت. در مطالعه گرمارودی و افتخار، شیوع زایمان سزارین در ایران،در زنان نخست زا ۲۶/۸ درصد و در زنان چندزا ۲۵/۵ درصد. بیشترین شیوع در بیمارستان‌های غیردولتی به میزان ۸۷ درصد و در بیمارستان‌های دولتی به میزان ۳۹-۱۵ درصد متغیر بود. در این مطالعه مهم‌ترین عامل منجرشونده به سزارین، خواست خود بیمار یا خانواده او و وضعیت اشتغال مادر عنوان شده بود [۴]. پس از آن از اواسط دهه ۷۰ به میزان چند سال متوالی به علت رواج زایمان طبیعی پس از سزارین بر اساس نتایج پرسود گزارش شده از مقالات منتشره در جوامع توسعه یافته و بعضاً برخی کتب مرجع زنان ومامایی در آن دوره، توصیه‌ها به انجام زایمان واژینال پس از سزارین در اکثر مراکز دولتی و خصوصاً دانشگاهی شد. اما بروز چندین مورد پارگی رحم و شکایات عنوان شده مرتبط با این قضیه، تمایل به استفاده از این روش زایمانی کمتر و بر میزان سزارین در چند سال اخیر افزوده شد. امروزه شیوع زایمان‌های سزارین تکراری رو به رشد است [۲]. آنچه جا وهمکاران، با انجام بررسی در مورد ۱۸۰ نفر از زنان باردار در کشور شیلی در سال ۲۰۰۶ در مقاله خود با عنوان «بررسی دیدگاه‌های مادران باردار در مورد انتخاب روش زایمان» در مراکز دولتی وغیردولتی به این نکته اذعان نمودند که با وجود بررسی‌های پیشین در مورد افزایش آمار سزارین در کشور شیلی و اتخاذ برخی سیاست‌ها، هنوز میزان سزارین در کشورشان بالاست. این محققان در بررسی خود که در دو گروه از زنان در مراکز دولتی مراقبت‌های دوران بارداری وغیردولتی در شهر سانتیاگو انجام گردید، به دو روش کیفی و کمی به شناسایی علل این مسئله پرداخته و دریافتند که ۷۷ درصد از زنان موافق زایمان طبیعی، ۹/۴ درصد موافق زایمان سزارین و ۱۲/۸ درصد هر دو روش را قبول داشتند. تفاوت معناداری بین نوع تمایلات افراد با میزان تحصیلات، سطح درآمد، مرتبه زایمان و سن مادران وجود نداشت. محققان گزارش کردند، آنچه مسلم است دیدگاه‌های زنان باردار در مورد روش زایمان بیشتر به علت تصوری که از ایمن بودن روش زایمان مورد انتخاب آنها برای آنها و نوزاد خود داشتند، شکل گرفته بود و این که شاید زایمان سزارین، تضمین سلامت بالاتری نسبت به روش طبیعی برای آنها دارد، مورد قبول اکثر زنان نبود [۵].

نتایج بررسی در سال ۱۳۸۵ در اردبیل نشان داد که ۳۰/۱ درصد از زنان باردار و ۵۰ درصد از کارکنان بهداشتی نگرش مثبت نسبت به زایمان طبیعی داشتند. یافته‌ها نشان دادند که بین نگرش کارکنان بهداشتی و زنان باردار نسبت به زایمان سزارین یا طبیعی تفاوت معنی‌دار وجود داشت [۶] . با توجه به این که نگرش کارکنان بهداشتی در مقایسه با زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی مثبت‌تر بود. بنابراین به نظر می‌رسد قشر جوان و باردار جامعه نیاز به آموزش بیشتر و افزایش آگاهی و تغییر نگرش نسبت به روش‌های زایمانی دارند. در این میان نقش آموزشی کارکنان بهداشتی با توجه به نگرش بالا می‌تواند مؤثر باشد. از آنجا که افزایش بروز عوارض مادری در زایمان سزارین در مقایسه با روش زایمان طبیعی از جمله عفونت‌های نفاسی، خونریزی، ترمبوآمبولیسم و بستری شدن مجدد در عرض ۶۰ روز بعد از سزارین و نهایتاً بار مالی منتج از این عمل جراحی بزرگ، انکار ناپذیر است[۷]، باید در جهت کاهش آن اقدام نمود. از طرفی با توجه چالش موجود میان موضوعیت حق بیمار برای انتخاب روش زایمان از یک سو و رویکرد مبتنی بر مداخله درجهت کاهش میزان این عمل جراحی از سوی دیگر، باید تصمیماتی برای تعدیل این رویکرد به نفع مادران و بدون افزایش ناخوشی یا مرگ حوالی زایمان و در جهت کاهش تعداد سزارین همچون مشاوره مؤثرقبل از زایمان با مادران، بازنگری و بررسی دقیق و محدود ساختن سزارین‌های انجام شده به علت سخت زایی صرفاً به زنان واجد شرایط تعریف شده از منابع معتبر اتخاذ کرد.

در این مطالعه سعی شد با بررسی دیدگاه‌های مادران و ماماها و متخصصان زنان وبیهوشی، به عنوان عوامل اصلی در مورد انتخاب روش زایمان در شهر شاهرود، ضمن شناسایی علل افزاش زایمان سزارین در سال‌های اخیراز دیدگاه آنان به عنوان عوامل تصمیم گیرنده مهم در انجام زایمان، بتوان از مداخله برخی عوامل قابل پیشگیری منجر شونده به سزارین در آینده جلوگیری به عمل آورد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.5.6]

مواد و روش کار

مطالعه حاضر، یک پـژوهش کیفـی اسـت و افـراد مـورد مطالعـه، عبارت بودند از زنان بـاردار مراجعـه کننـده بـه مراکـز بهداشـتی و درمانی جهت دریافت مراقبـت‌هـای حـوالی زایمـان شـهر شـاهرود، ماماها، متخصصان زنان ومامایی و متخصصان بیهوشی شاغل در این مراکز. روش گرد آوری اطلاعات، به این صورت بود که پس ازمعرفی خود و بیان اهداف و روش پژوهش، ضـمن اخـذ رضـایت شـفاهی از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر شـاهرود ازآنها درخواست می‌شد تا در بحـث‌هـای گروهـی متمرکـز شـرکت کنند. نمونه گیری از افراد زمانی کامل شد کـه اطلاعـات بـه دسـت آمده به اشباع رسید. در هر بحث حدود ۶-۵ نفر شرکت داشتند که ۳ بحث گروهی با ۱۶ مادر باردار‌بود و محیط اجرای بحث‌ها در یکی از سالن‌های آموزشی بیمارستان انتخاب شد. سؤالات در بحـث‌هـای گروهی حول مسائل زیر از همه پرسیده می‌شد و سعی بر ایـن بـود که تقریباً همه زنان را درگیر بحث کند:

۱- دیدگاه شما برای روش زایمان چیست؟

۲- چرا برخی از زنان تمایل به سزارین دارند؟

۳- چرا برخی از زنان تمایل به زایمان طبیعی دارند؟

۴- برای ترویج زایمان طبیعـی چـه اقـداماتی بهتـر اسـت انجـام گیرد؟

تمامی بحث‌ها روی نوار کاست ضـبط شـده و سـپس روی کاغـذ پیـاده مـی‌شـد. بـرای اطمینـان بیـشتر از ثبـت تمـامی حـالات و اصطلاحات عنوان شده توسط مادران باردار، عـلاوه بـر ضـبط صـدا، پژوهشگر دوم نیز صحبت‌های افراد را روی کاغذ می‌نوشت.

همچنین با ۸ نفر از ماماهای شاغل در مراکز فوق پـس از کـسب رضایت شفاهی، در یکی از اتاق‌های خصوصی کارکنان اتـاق زایمـان که از سکوت و فضای مناسبی برای مصاحبه برخوردار بود، مـصاحبه های فردی نیمه ساختار یافته صورت گرفت. تمامی مصاحبه‌ها پـس از ضـبط روی نـوار کاسـت، روی کاغـذ پیـاده شـدند. پرسـش‌هـای مصاحبه شامل موارد زیر بودند:

۱- نگرش شما نسبت به زایمان طبیعی چیست؟

۲- چرا طی سال‌هـای اخیـر بیـشتر زنـان توسـط روش سـزارین زایمان می‌کنند؟

۳- نقش ماما و متخصص زنان و مامایی در این میان چیست؟

۴- چه اقداماتی برای ترویج زایمان طبیعی باید صورت گیرد؟

۵- موانـع موجـود بـرای روی آوردن بـه زایمـان طبیعـی در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی شهر شاهرود چه مسائلی است؟

همزمان با انجـام مـصاحبه‌هـا، از متخصـصان بیهوشـی و زنـان و مامایی شاغل در بیمارستان‌های شهر شاهرود به روش بررسی دلفی، در مورد علت افزایش زایمان سزارین و نظرات آنها در این مورد نظر سنجی انجام شد، به این صورت که روی یک برگ، از آنها در صورت تمایل درخواست شد تا نظـرات خـود را کتبـا بنویـسند و در موعـد خاصی (عموماً ۱۰-۷ روز بعد) برای جمع آوری برگه‌هـای فـوق، بـه بیمارستان محل کار افراد مراجعه می‌شد.

روش تجزیـه و تحلیـل اطلاعـات، تحلیـل محتـوا بـود. تمـامی بحث‌های افراد جهت بررسی نگرش‌ها و دیدگاه‌های آنان، چندین بار مرور و بررسی شـدند، موضـوعات اصـلی اسـتخراج گردیدنـد و هـر موضوع، کد بندی شد. هر موضوع، دارای چند زیر عنـوان بـود. ایـن موضوعات، توسط پژوهشگر دیگر به طور جداگانه بررسی شـده و در مورد موضوعات اصلی ارایه شـده، توافـق نهـایی حاصـل گردیـد. در نهایت موضوعات اصلی به دو دسته تمایل به سزارین و علـل تمایـل به زایمان طبیعی گروه بندی شدند.

یافته‌ها

یافته‌های این تحقیق در قسمت دلائل به دو قسمت عمده تقسیم می شود. بخش اول پاسخ شرکت کننـدگان بـه سـؤالاتی اسـت کـه دلایل تمایل به زایمان به روش سزارین را شامل می‌شود. بخش دوم پاسخ همین افراد به سؤالاتی است که تمایل به زایمان طبیعی را در بر می‌گیرد.

بخش اول: دلایل تمایل به زایمان به روش سزارین

۱- در بحث های گروهی با زنان باردار، ماماها و متخصـصان زنـان و مامایی و متخصصان بیهوشی، تمامی شرکت کنندگان در مطالعـه، مهم‌تـرین و بیـشترین عامـل تمایـل بـه اسـتفاده از روش سـزارین را،ترس عنوان کردند. این یافته خود منتج از عـواملی اسـت کـه در ذیل توضیح داده می‌شود:

۱-۱- تقریباً همه پاسـخگویان، تـرس از درد ناشـی اززایمـان بـه روش طبیعی را مهم ترین علت تمایل به سزارین بیان کردنـد. ایـن یافته اگرچه در ابتدی بحث‌ها به راحتی توسط مادران باردار عنـوان نمی‌شد؛ به طوری که برخی از آنان عنـوان مـی‌کردنـد کـه زایمـان طبیعی روش مناسب و ارجح برای آنان اسـت، امـا بـا بررسـی‌هـای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.5.6]

بیشتر و طرح غیرمستقیم پرسش‌ها، همگی نظر به تمایل به سزارین به علت ترس از درد ناشی از زایمان طبیعی دادند.

یک زن نخست زا با تحصیلات دیپلم: «درد سزارین حتی اگرهم زیاد باشد، اما لااقل قبلش نمی‌ترسی و درد نداری، اما زایمان طبیعی قبلش خیلی درد داره و تازه بعدش هم به خاطر بخیه ها درد داره».

ماما با سابقه ۱۴ سال کار: «بیشتر این موارد به خاطر سزارین قبلی بودند که اون هم بخاطر ترس از درد زایمان انجام شده، ولی در زایمان طبیعی متأسفانه مادر کمتر حق انتخاب برای استفاده از یک روش کاهش درد داره».

۲-۱- علت دیگر ترس از دیدگاه زنان باردار، عوارض احتمالی ناشی از صدمات آناتومیک دستگاه ژنیتال بعد از زایمان طبیعی بود. این مسئله هم از قول تعدادی از زنان باردار و به طور نقل قول از زنان، از زبان برخی از ماماها و دو تن از متخصصان زنان و بیهوشی نیز عنوان شده است.

یک متخصص بیهوشی: «یکی از دلایل ترس زنان از زایمان طبیعی این است که زنان می‌ترسند در آینده اشکالاتی در رضایت جنسی همسر ویا خود آنها بوجود آید».

۳-۱- ترس از عدم همراهی پزشک هنگام زایمان: «بعضی از زنان و ماماها اذعان می‌کردند زنانی که طی بارداری تحت مراقبت پزشک متخصص خود بوده‌اند، تمایل دارند که هنگام زایمان هم خود او حضور داشته باشد».

۲- مسائل قانونی

۱-۲- شکایات مستقیم توسط بیماران و همراهان آنها به علت عوارض بعضاً اجتناب ناپذیر ناشی از زایمان طبیعی و ترس از دیه‌های سنگین برای پزشکان، مهم‌ترین جنبه قانونی ذکر شده از سوی ماماها و متخصصان زنان و مامایی است. اغلب کارکنان مامایی شاغل در بیمارستان از قوانین مصوب در مورد تخلفات حرفه‌ای پزشکان و پیراپزشکان ابراز بی‌اطلاعی می‌کردند و یا اظهار داشتند که قانون صریح و خاصی در مورد شخص مامای مسئول زایمان آن طور که مدافع پزشک یا بیمار باشد، وجود ندارد.

ماما با ۲۹ سال سابقه کار: «یک سری از پزشکان هستند که محتاط شده‌اند، چون بعضی قوانین دست و پا گیر باعث شده که خودشان را داخل مخمصه نکنند و از اول ترجیح می‌دهند که مریض را سزارین کنند». متخصص زنان و مامایی با ۲۵ سال سابقه کار: «دیه‌های سنگین اخیراً باعث شده که بعضی از بیماران دنبال آن هستند که به هر شکل دیه دریافت کنند. از طرفی نبودن سیستم امنیتی درمان جهت یک زایمان علمی چه از نظر دادگاه‌ها ، چه بیمه‌ها و چه خود بیمار و اطرافیان او پزشک را مجبور به کاری می‌کند که خودش هم راضی نیست».

۲-۲- جنبه دیگرکم شدن انگیزه پزشکان برای انجام زایمان طبیعی است که خود ناشی از قوانین مصوب جدید توسط بیمه تأمین اجتماعی درمورد لزوم حضور مستقیم پزشک حین زایمان طبیعی است که پزشکان را مجبور می‌کند در صورتی که باید طی درد زایمان و زایمان حضور مستقیم داشته باشند. درحالی که بنا به گفته پزشکان حاضر در بررسی، میزان حق‌الزحمه دریافتی به ازای نظارت و انجام هر زایمان طبیعی با توجه به سختی روند درد زایمان و زایمان و صرف وقت زیاد، چندان عادلانه ومناسب به نظر نمی‌رسد.

پزشک متخصص با سابقه ۲۵ ساله: «وجود قوانین غیرعادی بیمه‌ها باعث شده که اگر دیر بر بالین بیمار برسند، پرونده زایمان بنام ماما محسوب شود، لذا تصمیم سریع‌تری جهت سزارین گرفته می‌شود».

۳- توصیه اطرافیان

یکی دیگر از مسایلی است که به کرات عنوان شده بود. توصیه‌ها خود به دو زیر گروه تقسیم شدند:

۱-۳- توصیه به علت کمتر بودن درد یا عوارض زایمان سزارین: زنان بیشتر صحبت‌های مادر، دوستان وآشنایان خود را عنوان کرده که به انجام زایمان سزارین به عنوان روشی بی‌خطر و راحت توصیه می‌کنند.

۲-۳- به خاطر الگو گیری از دیگران: عده‌ای از زنان بیان کردند امروزه سزارین روش جدیدی برای زایمان است که هم بی خطر و هم مدرن است.

کارشناس مامایی با ۹ سال سابقه کار: «بر خلاف برخی استان‌های دیگر که من در آنجا کار می‌کردم، در اینجا سزارین را نوعی فرهنگ و کلاس یا زایمان شهری می‌دانند».

۴- اطلاعات، باورها و نگرش‌ها

۱-۴- اطلاعات ناکافی یا نادرست: در این میان اطلاع رسانی ناکافی و یا غلط یکی ازشایع‌ترین پاسخ‌هایی بود که در پاسخ‌های شرکت کنندگان در مطالعه عنوان شد. بسیاری از زنان باردار معتقد بودند اگر آگاهی و آموزش کافی در این میان به طور مؤثری داده شود، در بسیاری از موارد میزان زایمان سزارین کاهش پیدا می‌کند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.5.6]

زن باردار با سابقه سزارین قبلی: «اطلاعات من قبل از سزارین خیلی کم بود و من نمیدونستم که سزارین بعدش انقدر درد داره، حتی الآن فهمیدم که اینجا از گاز بی دردی برای زایمان طبیعی استفاده می‌کنند».

در این بین ماماهای شاغل نیز به این مسئله اشاره کردند که اگرچه در اکثر مراکز دولتی آموزش‌های قبل از زایمان انجام می‌شود، اما این آموزش‌ها بدون همکاری سایر همراهان و خود زنان باردار، مؤثر واقع نمی‌شود.

مامای با سابقه ۱۷ سال کار در بخش زایمان: «اطلاع دادن به خانم باردار خیلی کم انجام میشه، اما امکانات برای آموزش‌های مؤثرهم کمند. این آموزش‌ها باید از یک طرف برای مادران و از یک طرف برای همراهان او مخصوصاً شوهر اجرا بشه».

۲-۴- تجارب و نوع نگرش: بعضی از باورها به تجارب سابق فرد از زایمان قبلی خود ویا تجارب افراد دیگر بر می‌گردد، اما در کل می‌توان گفت نگرش‌ها بیشتر ریشه در فرهنگ و اعتقادات آنان دارد که برخی در جای خود منطقی و برخی نیز منتج از درک یا برداشت غلط از مسائل مربوط به بارداری و زایمان بود. از جمله می‌توان به حس ناخوشایند وضعیت قرار گیری فرد حین زایمان طبیعی (پوزیشن لیتوتومی) اشاره کرد و این که افراد کمابیش از این که توسط فرد یا افراد دیگری بارها مورد معاینه و مشاهده هنگام زایمان قرار بگیرند، ابراز ناخشنودی کردند.

از دیگرباورهای نادرست می‌توان به تعبیر غلط از سزارین به عنوان جنبه درمانی آن در بعضی بیماری‌ها اشاره کرد.

در این میان جنسیت جنین هم بسایر مهم بود که به آن در چند مورد اشاره شد.

کارشناس مامایی با یک سال سابقه کار: «اگر جنین پسر باشه، برای پدر ومادر خیلی مهمه که حتماً زنده و سالم بدنیا بیاد که اکثراً قبلش از دکتر خواهش می‌کنند که سزارین کند».

۵- چالش‌های موجود در نحوه ارایه خدمات به زنان باردار

این یافته از طیف وسیعی از محیط فیزیکی اتاق زایمان گرفته تا نیروی انسانی شاغل در بیمارستان‌ها متغیر بود:

۱-۵- فضای بخش درد زایمان و زایمان: اغلب پاسخگویان موارد زیر را در این قسمت به عنوان نواقص موجود عنوان کردند:

فضای محدود بخش درد زایمان و زایمان، تراکم زیاد دانشجوی مامایی و زنان باردار در مراحل مختلف درد زایمان در این فضای کوچک و در کنار یکدیگر، نبودن محیط جذاب و آرامش بخش که هر یک می‌تواند باعث برهم خوردن سکوت لازم در این محیط و سلب خلوت و حریم مراجعه کنندگان شود و از سوی دیگر آزادی عمل کارکنان بخش را هم با چالش مواجه می‌کند.

کارشناس مامایی با دوسال سابقه کار: «حالا که تعداد زایمان‌ها کلاً کمتر از قبل شده. اگر چند تا فضای اختصاصی بزرگ‌تر با فضای آرام و شاد برای بیماران درست بشه، او را از مریض کنار دستی‌اش جدا می‌کنیم و هرکس داخل یونیت خودش احساس امنیت می‌کنه و برای مامای مراقبش هم معاینه او راحت‌تر می‌شه».

۲-۵- فن‌آوری‌های جدید تشخیصی و درمانی: از جمله مواردی که ماماها به آن اشاره کردند، استفاده معمول به جای استفاده موردی و به هنگام، از فن‌آوری‌های جدید تشخیصی مانند آزمون‌های استرس انقباضی (Contraction Stress Test-CST) و آزمون های بدون استرس (Non Stress Test-NST) در مواردی بود که مادر ذکر می‌کرد حرکات جنین او کم شده یا بارداری او طولانی شده است که می‌تواند در موارد زیادی منجر به «بیش تشخیصی» برای دیسترس جنینی شده و لذا سزارین‌های غیرضروری را موجب شود.

۳-۵- ازدحام دانشجو و معاینات مکرر توسط افراد مختلف: برخی پاسخگویان بیان کردند از آنجا که بیمارستان‌های شهر شاهرود آموزشی هستند، تعداد زیادی از دانشجویان در گروه‌های مختلف برای کارورزی مراجعه می‌کنند. این امر از یک سو با مقاومت و ناخشنودی مراجعه کنندگان و محدود کردن حیطه اختیارات کادر درمانی اتاق زایمان روبرو بوده و از سوی دیگردانشجو و مربی مربوطه با مشکلات عدیده‌ای بر سر آموزش مواجه هستند که باعث می‌شود افراد تمایل کمتری برای زایمان طبیعی در بیمارستان‌های آموزشی داشته و از طرفی هم دانشجویان انگیزه کار، آموزش به مراجعان برای ترویج زایمان طبیعی و ادامه تحصیل کمی داشته باشند. همگی این مسایل می‌تواند در ارایه خدمت مناسب اثرمنفی بگذارد.

۴-۵- تعاملات نامناسب کادر درمان: یکی از مسایلی که مکرراً از سوی ماماها و البته به میزان کمتری توسط متخصصان زنان عنوان شده است، عدم همکاری این دو گروه در اداره مناسب زنان مراجعه کننده به درد زایمان و زایمان است. در واقع وظایفی که هریک باید داشته باشند به درستی روشن نیست، یا رعایت نمی‌شود.

یکی از متخصصان زنان و مامایی بیان کرد: «در شرایطی که احتمال زایمان طولانی می‌رود و نیز معاینات متعدد توسط افراد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.5.6]

مختلف با نتایج نامشخصی برای شروع زایمان طبیعی برای مادر مطرح است، تصمیم گیری دوستانه همان است که از ابتدا بیمار را سزارین کنیم».

۵-۵- مسایل مرتبط با کادر اتاق زایمان: فشردگی شیفت‌های موظفی کادر مامایی، کمبود نیروی انسانی در درد زایمان و زایمان به رغم بازنشستگی و یا انتقالی چند تن از کارکنان اتاق زایمان به شهرهای دیگرو متعاقب آن برخوردهای نامطلوب با کارکنان، رفت و آمدهای همراهان بیمار به محدوده اتاق زایمان، به همراه تأمین مالی نامناسب در ازای خدمات ارایه شده، از موارد دیگری بودند که توسط ماماهای شاغل در بیمارستان عنوان شدند.

۶- توجیه

این عوامل از آن جهت «توجیه» نام گرفتند که اولاً اغلب شرکت کنندگان به آن اتفاق نظر نداشتند و اهمیت کمی دارند و ثانیاً بیشتر به نظر می‌رسد توجیهی برای علل افزاینده سزارین از سوی برخی عوامل دخیل درزایمان بود. این موارد عبارت بودند از:

چاقی و عدم تناسب فیزیکی اندام زنان در دوران بارداری، افزایش سن اغلب زنان در شرایط کنونی به علت بالا رفتن سن ازدواج و پیشگیری‌های طولانی مدت از بارداری و بیشتر شدن بیماری‌های داخلی طی حاملگی مانند دیابت و فشارخون حاملگی، شیوع بیشتر نازایی طی سال‌های اخیر و عدم ورزش و فعالیت فیزیکی کافی زنان حامله طی بارداری.

بخش دوم: دلایل تمایل به زایمان به روش طبیعی

به رغم شیوع بالای میزان سزارین در شهر شاهرود، هنوز هم زنانی هستند که برای زایمان طبیعی تصمیم گرفته و با این تصمیم به بیمارستان مراجعه می‌کنند. چنان که در میان شرکت کنندگان سه نفر از زنان شرکت کننده در پژوهش، سابقه یک زایمان طبیعی را داشتند. از آنجا که کلیه عوامل دخیل در امر زایمان چه پزشک و چه ماما به عنوان اصل کلی به زایمان طبیعی به عنوان زایمان کم خطر نسبت به سزارین توجه دارند، عموماً نظرات آنها با یکدیگر کمابیش یکسان بود. هرچند عوامل محرک برای زایمان طبیعی در مقایسه با تمایل به سزارین بسیار کمتر بود، اما یافته‌های اصلی در این زمینه به موارد زیر تقسیم شدند:

۱- ترس

به عنوان یکی از علل برانگیزنده به سوی زایمان طبیعی توسط اغلب زنان عنوان شد که به دو زیر گروه تقسیم شد: ۱-۱- ترس به علت عوارض قبل و بعد از عمل سزارین: بعضی از زنان ترس از محیط اتاق عمل، ترس از فرایند بیهوشی، افزایش عفونت بعد از عمل و اضافه وزن ناشی از کمتر بودن تحرک بعد از سزارین را از علل تمایل به زایمان طبیعی ذکر کردند. زن باردار با سابقه یک زایمان سزارین: «بخیه‌های سزارین تا چند سال بعدش هم هنوز حساسه و درد می‌کنه اما طبیعی زود جوش میخوره، تازه مثل بخیه سزارین هم کمتر ممکنه چرک بکند».

۱-۲- ترس از اختلالات جنسی بعد از عمل سزارین: برخی زنان معتقد بودند که تا مدت زیادی بعد از سزارین، بعلت درد بعد از عمل و محدودیت در برخی فعالیت‌ها نمی‌توان مقاربت طبیعی داشت و همین مسئله برای آنان و بیشتر، همسر آنها، مشکل ساز می‌شود.

۱-۳- هزینه بالای عمل سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی: یکی از عوامل بازدارنده از سزارین و به نوعی سوق دهنده به سمت زایمان طبیعی، ترس از هزینه بالای عمل سزارین بود که همه شرکت کنندگان به آن اشاره کردند.

۲- توصیه‌های اطرافیان: این مورد به دو زیر گروه تقسیم شد:

۲-۱- بعضی از زنان توصیه‌های مادر، مادر همسر و سایرین را مبنی بر ترغیب به زایمان طبیعی از عوامل اثرگذار بیان کردند.

زن باردار ۳۴ ساله: «مادر همسرم بیشتر من را تشویق به زایمان طبیعی می‌کنه، میگه همه چیز راه طبیعیش خوبه، مگر زنان قدیم این همه بچه طبیعی بدنیا نیاوردند، همه هم سالمن».

۲-۲- خواست و توصیه شوهر: یکی از عوامل مهم در این زمینه خواست شوهر بود که توسط بعضی از زنان عنوان شد. کارشناس مامایی با ۱۱ ماه سابقه کار: «خواست شوهر برای بعضی زنها خیلی مهمه، حالا می‌خواد درست باشه یا غلط، مخصوصاً زنهایی که قدرت تصمیم گیری کمی تو خانه داشته باشن».

۳- اطلاعات، باورها و نگرش‌ها

دانسته‌ها، اعتقادات مذهبی و باورهای سنتی در مورد فواید زایمان طبیعی نسبت به سزارین، بخش دیگری از علل تمایل به آن را تشکیل می‌دهند:

بخشی از اطلاعات مادران، به تجربه قبلی خود شان بر می‌گردد و بعضی نیز به اطلاعاتی که کمابیش از منابع معتبر و یا غیرمعتبر دریافت کرده‌اند.

کارشناس مامایی با ۱۴ سال سابقه کار: «اینجا زن‌ها بعد از کلاس‌ها خیلی با روحیه قوی بیرون می‌رن و واقعا تشنه آموزش و مشاوره هستن، اما نباید گذاشت که زحمت ما برای این کار، بعدش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.5.6]

هدر بره، مثلاً نظر شوهرو اطرافیان راهم همینطور به زایمان طبیعی مثبت کرد».

بحث و نتیجه گیری

نتایج این تحقیق و آمارهای موجود در برخی مقالات نشان می‌دهند اگرچه همواره سعی در حمایت از زایمان طبیعی در مقالات، همایش‌ها، کتب تخصصی زنان و مامایی و سایر منابع آموزشی رسمی بوده است، اما طی سال‌های اخیر، میزان زایمان طبیعی روند کاهشی داشته و خواسته‌ها، تمایلات یا مداخلات افراد دخیل در این قضیه همچون زنان باردار یا گروه تخصصی زنان و مامایی و کارکنان مامایی شاغل در بخش دولتی و خصوصی، نیز در این زمینه بیشتر موجب دامن زدن به این واقعیت شده است. در مطالعه‌ای وسیع در انگلستان نشان داده شد، ۶۹ درصد از متخصصان زنان و مامایی در صورت درخواست مادر جهت سزارین، نظر او را ارجح قرار داده و به درخواست او پاسخ مثبت می‌دهند [۸]. همچنان که در نتایج پژوهش اشاره شد، مهم‌ترین علت و شاید بتوان گفت شایع‌ترین آن «ترس» زنان از درد زایمان است که آنان را وادار به قبول خطرات یک عمل جراحی بزرگ مانند سزارین می‌کند. مسئله‌ای که در مطالعات دیگرهم به آن اشاره شده است، این است که چگونه درک و تحمل افراد نسبت به درد طی زمان‌های مختلف سال‌های اخیر دستخوش تغییر شده و این که آ یا بهره گیری افزون بر نیاز از فن‌آوری‌های تشخیصی یا جراحی جهت مداخلات مامایی و آسان انگاشته شدن عمل سزارین به عنوان یک روش جراحی ساده باعث شده که افراد نتوانند مانند گذشته روند طبیعی یک زایمان را تحمل کنند یا عوامل فراتر از آن، جای تأمل دارد [۱۱-۹]؛ این در حالی است که بر خلاف دهه پیش کارآزمایی برای زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی به مراتب پس از بروز چند مورد شکایات کمتر انجام گرفته و یا اصلاً انجام نمی‌گیرد. مطالعه رادینگ با بررسی ۸۵ زن سوئدی با خصوصیات اقتصادی و اجتماعی متفاوت، جهت بررسی علل ترس حین زایمان، نتایج نشان دادند که تجارب قبلی افراد از زایمان، وجود شخصیت ناپایدار از لحاظ خلقی، اختلالات اضطرابی، ارتباطات کمتر اجتماعی و وضعیت بالای اقتصادی ـ اجتماعی، مهم‌ترین جمله متغیرهای پیشگویی کننده جهت ترس از درد زایمان و تمایل بیشتر به زایمان بی درد و عمدتاً سزارین بود [۱۲]. با توجه به لزوم رعایت منشور حقوق بیمار و درنظر گرفتن حق انتخاب او برای کاهش درد، بهره گیری از روش‌های القای بی دردی طی درد زایمان و زایمان با توجه به پیشرفت علم بیهوشی در این زمینه و در اختیار داشتن نیروی انسانی متخصص با درنظر گرفتن حق‌الزحمه متناسب با نوع مداخله جهت کاهش درد برای پزشک متخصص بیهوشی، یکی از راهکارهای مناسب در زمینه ترویج زایمان طبیعی و کم کردن تألم وترس زنان باردار باشد. مطالعه سایستو و همکاران نشان داد که در بعضی از مواقع انجام مداخلات جهت کاهش یا مقابله با درد و ترس ناشی ازآن ، با روش‌های غیردارویی مانند تن آرامی و یا تجسم برنامه ریزی شده (Guided imagery)، نتایج قابل قبولی معادل یا حتی بیشتر از تکنیک‌های دارویی یا تهاجمی داشته‌اند. در عین حال که آسان‌تر و مقرون به صرفه‌تربوده ودر میان زنان مقبولیت بیشتری داشته‌اند[۱۳].

از نکات مهم دیگر که به آن اشاره شد ، قوانین تعزیری و شکایات قانونی بود که ارایه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی از جمله گروه زنان و زایمان با آن مواجه هستند. این مسئله، عاملی شایع در اکثر نقاط جهان به شمار می‌رود، با این وجود نباید توجیهی برای انتخاب راه آسان‌تر برای پزشک و با خطر بیشتر برای مادر به کار برده شود [۱۴]. یکی از راهکارهای اصلاح این مشکل، تعدیل قوانین جزایی، اجباری کردن بیمه مسئولیت حرفه‌ای برای ماما و پزشک،ارایه اطلاعات صحیح به کادر مامایی در مورد قوانین مربوط به تخلفات حرفه‌ای و چگونگی بهره گیری از نکات قانون مدافع حقوق کادردرمانی در مواقع تخلفات غیرعمد و مانند آنها است.

یکی دیگر از علل ترس که توسط هر سه گروه شرکت کنندگان در این بررسی به آن اشاره گردید، ترس از ناتوانی یا اختلال در روابط زناشویی و کاهش رضایتمندی جنسی همسر، متعاقب هر دو روش زایمان بود و این در حالی است که این موضوع، به صورت یک برداشت و درک غلط درمیان اکثر مردم از مشکلات یک زایمان بی عارضه نیز وجود دارد. به طوری که گانگور و همکاران در بررسی خود دریافتند که عملکرد کلی جنسی و رضایتمندی از این رابطه بیشتر از آن که متأثر از عوامل فیزیکی باشد، یک درک ذهنی و عاطفی است و تحت تأثیر تعداد و روش زایمان قرار نمی‌گیرد [۱۵].

همچنین، ترس از هزینه‌های بالای عمل سزارین علاوه بر این مطالعه، در مطالعات دیگر هم نشان داده شده است که به نظر می‌رسد در مواردی که بیماران از پوشش‌های بیمه‌ای مناسبی برخوردار نیستند و مجبور به این روش زایمان می‌شوند، می‌توانند از عوامل چالش برانگیز در ارتقای نظام سلامت یک کشور به حساب

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.5.6]

آید. از سوی دیگرنشان داده شده است افرادی که از وضعیت اقتصادی خوب و پوشش بیمه‌ای مناسبی برخوردارند، احتمال روی آوردن به عمل سزارین انتخابی در آنها بیشتر است [۱۶، ۱۷].

ترس از عدم همراهی پزشک بر بالین بیمار، شاید یکی از شایع‌ترین و شاید منطقی‌ترین علل ترس، خصوصاً در زنان نخست زا است که به آن اشاره شده است. این که بیمار از پزشک یا مامایی که طی مدت بارداری یا حتی پیش از آن تحت مشاوره و مراقبت او بوده درخواست حضوراو را به هنگام زایمان داشته باشد، یکی از خواسته‌های اصلی اکثر مادران باردار است که البته در اغلب مواقع این امر در هنگام زایمان طبیعی و به ندرت هنگام سزارین در بیمارستان‌های دولتی یا گاه غیردولتی اتفاق نمی‌افتد . آموزش برنامه ریزی شده و هدفمند همراه بیمار جهت حضوراوکنار زن باردار در زایمان وزایمان (مانند مادر یا همسر او) می‌تواند تا حدود زیادی از نگرانی و اضطراب زائو بکاهد، این روشی است که در بسیاری از جرا می‌شود [۲۰-۱۸]. کوگ و همکاران با بررسی عوامل اثر گذار بر میزان بروز ترس زنان حین درد زایمان و زایمان دریافتند حضور مؤثر مامای آموزش دیده به این منظور، به طور معناداری ترس و اضطراب زنان باردار را طی درد زایمان کاهش می‌دهد، در حالی که ترس و نگرانی همراه بیماری که آموزش لازم درمقابله با ترس را ندیده با میزان اضطراب زن باردار خاصیت رابطه مستقیم و مثبت دارد [۲۱]. از سوی دیگر، شکایات حقوقی علیه پزشکان و ارایه دهندگان خدمات سلامت هر ساله درصد بالایی از مراجعات به دادگاه‌ها را در کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت تشکیل می‌دهد که گاه به روی آوردن پزشکان به سمت یک روش محافظه کارانه با خطر کمتر برای پزشک مانند سزارین و خطر بیشتر برای مادرمنجر می‌گردد [۲۲، ۲۳]. به علاوه، انگیزه‌های مالی برای دریافت بیشتر حق‌الزحمه توسط برخی از متخصصان در این مطالعه و بعضی مطالعات دیگر، گاه مهم‌ترین علت افزایش زایمان سزارین مطرح شده است [۲۴، ۲۵]. این مسئله در ایران نه به عنوان مهم‌ترین علت، بلکه یکی از علل افزایش سزارین در بسیاری از بیمارستان‌های کشور مطرح شده است. در واقع کارانه یکی از روش‌های پرداخت انگیزشی در کشورهای در حال توسعه است که خاصیت تورم زایی زیادی برای بیمار و بخش بهداشت و درمان دارد. دربسیاری از کشورها با افزایش بروزمیزان سزارین در دهه ۱۹۹۰، دولت‌ها نظام‌های پرداخت را بر اساس وضع قوانین ممیزی‌های بالینی و مانند آن و تنها بر اساس تشخیص‌های تعریف شده برای موارد استفاده استاندارد سزارین تنظیم کرده‌اند و در صورتی که افراد بخواهند به هر علتی غیر از موارد قابل قبول و تنها بر اساس خواست مادر سزارین انجام گیرد، قراردادهای پزشک و بیمار شامل بهره مندی از بیمه‌های درمان نمی‌شود و این مسئله مشمول مراجعان و شاغلان در کلیه بیمارستان‌های دولتی و غیردولتی می‌گردد. درواقع این شکل از پرداخت مالی توانسته تا حد زیادی تمایل افراد را به انجام عمل سزارین کاهش دهد[۲۶]. در این راستا، نحوه ارایه خدمات متناسب با نیاز هر فرد،توجه به حفظ آرامش و سکوت مورد نیاز، اصلاح ساختار اتاق زایمان، رعایت حریم خصوصی او و محدود کردن معایناتی که سبب ناراحتی بیمار می‌شود از جمله مواردی است که در عمل و خصوصاً در بیمارستان‌های آموزشی کمتر به آن توجه می‌شود؛ این در حالیست که درصد بالایی از مراجعه کنندگان به این بیمارستان‌ها را افراد کم درآمد یا با درآمد متوسط تشکیل می‌دهند که تجربه ناخوشایند ناشی ازتأثیر مجموعه این عوامل، سبب می‌شود در زایمان بعدی خود یا سایر نزدیکان آنها، به مراکز غیردولتی روی آورند که این امر خود موجب تحمیل بار زیاد مالی بر دوش خانواده آنان و احتمال وقوع بیشتر عمل سزارین در آینده خواهد شد. در نهایت این که ارتقای آگاهی زوجین، درمورد بارداری و زایمان و ترغیب آنها به سمت بهره جستن از دانش افراد متخصص به جای اخذ اطلاعات نادرست از افراد غیرآگاه در زمینه بارداری و زایمان طبیعی و بهبود نگرش‌ها و باورهای غلط درمورد عوارض یک زایمان طبیعی زیر نظر فرد تحصیل کرده این حرفه، وظیفه‌ای است که باید به طور مؤثر توسط ارایه دهندگان خدمات زنان و مامایی مانند پزشک وماما در تعامل همسو با یکدیگر تقویت واجرا شود.

سهم نویسندگان

سپیده حاجیان: جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، تهیه و تدوین مقاله
کتایون وکیلیان: نگارش طرحنامه و انجام مصاحبه‌ها
محمد شریعتی: نظارت بر اجرای طرح، همکاری در تحلیل داده‌ها
محمد اسماعیل عجمی: هماهنگی اجرای طرح در بیمارستان‌ها

تشکر و قدردانی

در پایان از همه همکاران محترم ماما، متخصصان محترم زنان و زایمان و بیهوشی و همچنین جمعی از مادران باردار شهر شاهرود که در این مطالعه شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.5.6]

منابع

1. Cunningham GF, Kenneth JL. Williams Obstetrics. 22th Edition, Mc Graw-Hill Companies: New York, 2005

2. Garmaroudi GhR, Eftekhar H. An investigation of caesarean prevalence rate in Iran. Annual Meeting Society Technology Assessment Health Care Institute.No.19: (abstract), 2005

3. NIH State-of-the-Scienctific Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. NIH Consensus State Scientific Statements 2006; 23: 1-29

4. Garmaroudi GhR, Efthekhar H, Batebi A. Invesyigation of factors causing cesarean section in pregnant women. Payesh 2002; 1: 45-49 [Persian]

5. Anjaja AC, Washington AE. Chilean women's preferences regarding mode of delivery: a qualitative and quantitative study. British Journal of Obstetrics & Gynecology 2006; 113: 1253-8

6. Mostafazadeh F, Mashoufi M, Roastamnzhad M. Investigation of health care providers and pregnant women's attitude regarding mode of delivery in Ardabil 2004. Ardabil Medical Science University 2005; 6: 403-8 [Persian]

7. Machado JLC, Servin CE, de Oliveria C, de Carvallo HB, Zamboni JW, de Arajio JC, et al. Association between mode of delivery and maternal complications in a public hospital in Greater Metropolitan São Paulo, Brazil].Cadal Saude Publication .(article in Portuguese) 2009, (abstract)

8. Cotzias CS, Paterson BS, Fisk NM. Obstetricians say yes to maternal request for elective caesarean section: a survey of current opinion. European Journal of Obstetetrics & Gynecology Reproductive Biology 2001; 97: 15-16

9. Pang MW, Leung TN, Hang CTN. Impact of child birth on changes in women preference for mode of delivery: follow up of a longitudinal observational study. Birth 2008; 35: 121-8

10. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. Birth 2002; 29: 101-11

11. Hildingsson I, Radgestad I, Rubertsson C, Waldenstrom U. Few women wish to be delivered by caesarean section. British Journal of Obstetrics & Gynecology 2002: 109: 618-23

12. Ruding EL, Wirfelt E, Wangborg IB, Sjogren B, Edman G. Personality and childbirth. Acta Obstetetrics & Gynecology Scandinavia 2007; 86: 814-20

13. Saisto T, Tiovanen R, Salmela AK, Halmesmaki E. Therapeutic group psycho-education and relaxation in treating fear of childbirth. Acta Obstetetrics & Gynecology Scandinavia 2006; 85: 1315-9

14. Miesnik SR, Reale BJ. Review of issues surrounding medically elective cesarean delivery. Journal of Obstetetrics & Gynecology in Neonatal Nursing 2007; 36: 605-15

15. Gungor S, Baser I, Ceyhan T, Karasahin E, Kili SS. Does mode of delivery affect sexual functioning of the man partner? Journal of Sexual Medicine 2008; 5: 155-63

16. Murray S, Pradenas F. Health sector reform and rise of caesarean birth in Chiile. Lancet 1997; 349: 64-67

17. Behague D, Victoria C, Barros F. Consumer demand for cesarean section in Brazil: informed decision making, patient choice or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. British Medical Journal 2002; 324: 942

18. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Systematic Review 2003

19. Pascoe JM. Social support during labor and duration of labor: a community-based study. Public Health Nursing 1993; 10: 97-9

20. Zhang J, Bernasko JW, Leybovich E, Fahs M, Hatch MC .Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis. Obstetrics & Gynecology 1996; 88: 739-44

21. Keogh E, Hughes SH, Ellery D, Daniel C, Holdcroft A. Psychological influences on women's experiences of planned elective cesarean section. Psychosomatic Medicine 2006; 68: 167-74

22. Symon A. Litigation and defensive clinical practice: quantifying the problem. Midwifery 2000; 16: 8-14

23. Dorthe F, Pål Ø, Ivar SK. Obstetricians' choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.5.6]

by risk attitude or fear of complaints and litigation? American Journal of Obstetrics & Gynecology 2009; 200: 1-48

24. Murry SF. Relation between private health insurance and higher rates of cesarean section in Chilli: qualitative study. British Medical Journal 2000; 132: 1501-5

25. Potter JE, Hopkins K. Women's autonomy and scheduled cesarean section in Brazil. Birth 2008; 35: 33-40

26. Kwon S. Payment system reform for health care providers in Korea. Health Policy & Planning 2003; 18: 84-92

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.10.1.5.6]