

عوامل تأثیر گذار بر تصمیم پزشک برای انتخاب نوع زایمان: مطالعه کیفی

اعظم باقری^۱؛ نگین مسعودی علوی^۲؛ فاطمه عباس زاده^۱

چکیده

زمینه: کشور ما در مرحله افزایش میزان عمل سزارین و مداخلات پزشکی غیرضروری قرار دارد. با توجه به اهمیت این موضوع، پژوهش حاضر با هدف بررسی دیدگاه متخصصین زنان در خصوص عوامل تأثیرگذار بر انتخاب نوع زایمان انجام شد. روش‌ها: این تحقیق به روش کیفی، با طراحی مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انجام شد. با استفاده از راهنمای مصاحبه تجربیات متخصصین زنان در شهرستان کاشان جمع‌آوری شد و تا زمان اشباع اطلاعاتی ادامه یافت. در نهایت، ۱۱ نفر در مطالعه شرکت کردند. انتخاب دو شرکت‌کننده اول به روش در دسترس و بقیه به روش مبتنی بر هدف بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش شیواکومجرون صورت گرفت. پس از بازخوانی متن داده‌ها، طبقه‌بندی نهایی انجام شد.

یافته‌ها: بیشتر پزشکان معتقد بودند که آمار سزارین در کشور ما بالاتر از حد انتظار است. از دیدگاه آنان فاکتورهای متعددی بر انتخاب نوع زایمان توسط پزشک تأثیرگذار می‌باشد. این فاکتورها در پنج طبقه شامل عوامل مربوط به پزشک، شرایط زایمان، سیستم بهداشت و درمان، فرهنگ جامعه و پیامدهای سزارین و زایمان طبیعی بود.

نتیجه‌گیری: کنترل بستری‌های زود هنگام و تشخیص‌های افراطی توسط پزشکان در کاهش سزارین بسیار کمک‌کننده است. ضمناً طراحی برنامه‌ای طولانی‌مدت برای ایجاد تحول فرهنگی در همه اقشار جامعه به‌ویژه پزشکان در خصوص پذیرش زایمان طبیعی ضروری به نظر می‌سد.

کلیدواژه‌ها: سزارین، زایمان طبیعی، تصمیم پزشک، عوامل مؤثر.

«دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۲۹ پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۲۳»

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۲. مرکز تحقیقات پرستاری تروما، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* عهده‌دار مکاتبات: کاشان، ۵ کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، تلفن: ۰۳۶۱-۵۵۵۶۶۳۳

Email: masudialavi_n@kaums.ac.ir

دورنویس: ۰۳۶۱-۵۵۵۶۶۳۳

مقدمه

پزشکی در حدود ۳۵ درصد کل زایمان‌های کشور به روش سزارین انجام می‌شود. از طرفی آمار دانشگاه‌ها نشان می‌دهد که به‌طور میانگین ۶۰ درصد زایمان‌های مراکز خصوصی و ۳۵ درصد مراکز دولتی به‌روش سزارین انجام می‌شود (۳). این در حالی است که در اکثر منابع علمی پیش‌بینی می‌شود تنها ۱۳ درصد و بر اساس استاندارد سازمان جهانی بهداشت ۲۰ درصد از زایمان‌ها باید به روش سزارین انجام شود (۳ و ۴) و این زنگ خطری جدی است که باید برای آن چاره‌ای اندیشید.

سزارین به‌دلایل مختلف از جمله بالا رفتن سن زایمان، کاهش تعداد بارداری، پایش جنین از طریق

گرچه زمانی سزارین یکی از پیروزی‌های بزرگ انسان محسوب می‌شد و تاکنون جان مادران و نوزادان بی‌شماری را نجات داده است اما میزان آن در دهه‌های اخیر به شکل نگران‌کننده‌ای افزایش یافته است به‌نحوی که انستیتو بهداشت ملی آمریکا اقدام به تشکیل مجمعی جهت چاره‌جویی و یافتن راه‌حل‌های مناسب برای کاهش روند رشد عمل جراحی سزارین نمود (۱). اما کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما در مرحله افزایش میزان عمل سزارین و مداخلات پزشکی غیرضروری قرار دارند (۲). بنا به گزارشات وزارت بهداشت، درمان و آموزش

دستگاه‌های الکترونیک، دیسترس جنینی، دفع مکنونیوم، عدم پیشرفت زایمان، عدم تطابق سر با لگن و پوزیشن‌های غیرطبیعی مانند بریج انجام می‌شود (۵) اما مطالعات متعدد در کشور ما نشان داده است که در حال حاضر سزارین تکراری در رأس علل منجر به سزارین قرار دارد (۷-۵). از طرف دیگر در مقایسه با زایمان واژینال، زایمان سزارین با افزایش خطراتی از جمله افزایش بی‌هوشی، خونریزی، آسیب مثانه و سایر اعضا، عفونت لگن، ایجاد اسکار و سزارین‌های تکراری بعدی و عوارض مربوط به آن همراه است (۴).

دلایل سزارین از جنبه‌های مختلف بیمار، پزشک، امکانات، جامعه، پرسنل و سیستم ارایه خدمات بهداشتی قابل بررسی است. حمایت روانی از بیمار، مشارکت دادن وی در تصمیم‌گیری و وجود مهارت‌های اولیه در ماما به عنوان دلایل تعیین‌کننده در تصمیم زنان بر انتخاب زایمان طبیعی پس از سزارین مطرح شده است (۸). درحالی‌که Meffat در مطالعه خود نتیجه گرفت که زنان احساس خوبی در قبال مسئولیت‌پذیری و تصمیم‌گیری خود در انتخاب نوع زایمان نداشتند و از پزشکان انتظار داشتند که مسئولانه در انتخاب زایمان آنان مشارکت کنند (۹). Tiaziana و همکاران خود در مطالعه‌ای که در ۶ کشور در حال توسعه انجام دادند دلایل اقتصادی اجتماعی و عوامل جامعه‌شناختی را مؤثر بر افزایش سزارین یافتند. در زنان با وضع اقتصادی بالای مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های خصوصی، عمل سزارین به میزان چشمگیری افزایش می‌یافت (۱۰). زنان تحت مطالعه Mozingo، دلایل عصبانیت خود پس از زایمان طبیعی را عدم آگاهی و کنترل خود بر فرایند زایمان اعلام کردند (۱۱). مطالعات دیگر نشان داده است که وجود رابطه واقعی بین ماما، پزشک و مادر، تجسم اعتماد واقعی، احترام، نشان دادن مهارت ماماها و حرفه‌ای بودن آن‌ها، توان به‌کارگیری تکنولوژی‌های تولد در مواقع بروز مشکل و حفظ آرامش و القای آن به مادر، مواردی است که در طول مراقبت‌های پره‌ناتال و در طول

لیبر طبیعی به مادر و تیم پزشکی در انتخاب نوع زایمان داشتن یک احساس خوب از آن کمک می‌کند. ضمناً یک تعامل خوب بین ماما و مادر در حین انجام زایمان در منزل نه تنها باعث افزایش آمار مرگ و میر و ناخوشی‌های مادری و نوزادی نشده بلکه سزارین را به طرز چشمگیری کاهش داده است (۱۲ و ۱۳). به قول Lisa و همکارانش زمان آن رسیده است که از بررسی شاخصه‌های مربوط به زنان و نقش آن در افزایش سزارین خودداری کرده و بیشتر به جامعه و ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی بپردازیم (۱۲). Tiaziana و همکارانش اعلام کردند که تصمیم زنان در انتخاب سزارین یا نوع زایمان خود متأثر دیدگاه حاکم بر جامعه است (۱۰). مطالعات متعددی که در کشورهای مختلف انجام شده نشان داده است که اکثر پزشکان، به‌خصوص متخصصان زنان و زایمان، دانشجویان پزشکی و ماماها خود مایل به انجام سزارین بوده و یا لاقلاً سابقه انجام یک سزارین دارند و بیشترین دلیل آن ترس از زایمان طبیعی اعلام شده است (۶ و ۱۴). لذا علی‌رغم انجام مطالعات متعدد توصیفی و یا تحلیلی که به بررسی شیوع سزارین، دلایل آن و بعضاً تأثیر راه‌کارهایی نظیر آموزش بر نوع زایمان پرداخته‌اند، آمار سزارین در کشور همچنان از استانداردهای تعیین‌شده بسیار بالاتر است (۳ و ۴). بنابراین با توجه به عوارضی که سزارین می‌تواند زمینه‌ساز آن باشد و بار اقتصادی بیشتری که بر جامعه تحمیل می‌کند همچنین نقش اجتناب‌ناپذیر پزشکان در این مورد، لازم است تجربیات و نحوه نگرش پزشکان بررسی شود تا با تبیین عوامل مؤثر در بالا بودن آمار سزارین در کشور بتوان برای کنترل آن اقدام نمود. در این زمینه تحقیقات کیفی دارای توانایی‌های منحصر به فرد در بازتاب دادن نحوه تفکر، عقاید و نگرش‌ها و بررسی عمیق تجربیات تأثیرگذار است. از این‌رو پژوهش حاضر به روش کیفی از نوع تحلیل محتوی، با هدف بررسی نظرات و تجربیات پزشکان در خصوص دلایل انتخاب نوع زایمان توسط پزشک در سال انجام شد.

مواد و روش‌ها

این تحقیق یک طرح پژوهشی مصوب دانشگاه بود که به روش کیفی از نوع content analysis انجام شد. روش جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه نیمه‌ساختاری بود که در طی آن با استفاده از راهنمای مصاحبه، تجربیات پزشکان متخصص زنان و زایمان که در زمان پژوهش در شهرستان کاشان مشغول به فعالیت بودند و حداقل سه سال سابقه داشتند، جمع‌آوری شد. راهنمای سؤالات قبل از شروع مطالعه توسط صاحب‌نظران تأیید شد و برای تأیید روایی از Confirmability استفاده شد. ضمناً در ابتدای تحقیق bracketing انجام شد و پژوهشگران کلیه پیش‌فرض‌ها، نظرات و فرضیات خود را در مورد موضوع یادداشت نموده و کنار گذاشتند تا در نتایج مطالعه تأثیری نداشته باشد. مصاحبه در بیمارستان یا کلینیک و یا مطب پزشکان بر حسب راحتی ایشان، البته با هماهنگی و تعیین وقت مناسب قبلی، انجام شد. کلیه مصاحبه‌ها با کسب اجازه از پزشکان ضبط می‌شد. ضمناً کلیه مصاحبه‌ها توسط مجری طرح انجام شد. همه مصاحبه‌ها تقریباً یک ساعت به طول می‌انجامید. تا زمانی که اشباع اطلاعاتی انجام شد جمع‌آوری اطلاعات ادامه داشت و در نهایت، ۱۱ نفر در مطالعه شرکت کردند. انتخاب شرکت‌کننده برای متخصصین به روش مبتنی بر هدف بود و دو نفر اول از داوطلبین به‌صورت در دسترس انتخاب شدند، سپس بر حسب نتایج و به پیشنهاد شرکت‌کنندگان، نفرات بعدی دعوت می‌شدند به‌نحوی که حداکثر تنوع از نظر دیدگاه و سابقه کاری لحاظ می‌شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها مطابق با روش شیواکومجرن (۱۵) صورت گرفت بدین صورت که ابتدا خط به خط داده‌ها بازنگری شد، سپس هدف یا سؤال پژوهش را گسترش داده و به مجموعه‌ای از سؤالات که انواع خاصی از محتوای داده‌ها را مشخص می‌کرد تقسیم کرده و یک روش طبقه‌بندی را تدوین نمودیم که در آن، عوامل در پنج طبقه قرار می‌گرفت. در هر طبقه نیز فاکتورها در دو دسته تسهیل‌کننده سزارین و زایمان

طبیعی بیان شدند. پس از آن متن داده‌ها بازخوانی شده و جملات و مفاهیم کلیدی موجود در آن با توجه به مجموعه سؤالات استخراج شده و طبقه‌بندی نهایی انجام شد. برای سنجش روایی، نتایج تجزیه و تحلیل با شرکت‌کنندگان (credibility: member check) و صاحب‌نظران (confirmability) مطرح شد و نظرات آن‌ها گردآوری گردید. بازنگری نهایی در طبقات مختلف با استفاده از نظرات شرکت‌کنندگان انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه با ۱۱ نفر پزشک با محدوده سنی ۳۲-۵۸ سال و سابقه کاری ۳۰-۳ سال مصاحبه شد. همه آنان در کاشان مشغول به فعالیت بودند. ۴ نفر از آنان عضو هیأت علمی، ۳ نفر پزشک غیر هیأت علمی شاغل در بیمارستان‌های آموزشی و ۴ نفر پزشک غیر هیأت علمی شاغل در بیمارستان‌های غیرآموزشی بودند. بر اساس نتایج این تحقیق، اکثر پزشکان معتقد بودند که آمار سزارین در جامعه ما بیش از حد مورد نیاز است اما آنان فاکتورهای مختلفی را در این رابطه دخیل می‌دانستند. این فاکتورها در پنج دسته طبقه‌بندی شدند و در هر طبقه عوامل تسهیل‌کننده سزارین و زایمان طبیعی تفکیک گردید.

طبقه اول- عوامل مربوط به پزشک

الف) عوامل تسهیل‌کننده سزارین: لزوم تصمیم‌گیری صحیح و سریع توسط پزشک از مواردی بود که می‌توانست در تصمیم‌گیری برای سزارین نقش داشته باشد:

"به خاطر اینکه ما مجبوریم در آن واحد برای دو تا آدم تصمیم بگیریم، شاید تصمیماتمون خیلی وقت‌ها خلق‌الساعه است. همین لزوم تصمیم‌گیری سریع گاه باعث می‌شود پزشک تصمیم سریع برای انجام سزارین بگیرد."

طولانی بودن زایمان طبیعی از عوامل دیگری است که پزشک را به سزارین متمایل می‌نماید:

تعداد کم رزیدنت، انترن و مامای باتجربه نیز انجام زایمان طبیعی را با مشکل روبرو می‌نماید:

"با کوچک‌ترین شرایط دردرساز ما ترجیح می‌دیم مثلاً به جای این که صبر کنیم افت قلب به دقیقه طول بکشد، همون ۳۰ ثانیه اول تصمیم می‌گیریم مریضو ببریم اتاق عمل. باید به مریض به ماما داشته، دو تا مریض به ماما هم نداریم."

بستری زود هنگام برای زایمان از عوامل دیگری است که باعث خستگی بیمار شده و پزشک را جهت سزارین تحت فشار قرار می‌دهد:

"مثلاً خودتونو بزارین جای مریض، یک سانت هستی تا بیای فول بشی هم خودت خسته می‌شی، هم بخش زایمان که ملاقات نداره، همراهایی که پشت درن همش میگن چرا زایمان نمی‌کنه."

برخی از پزشکان به نقش درآمد بیشتر در ترجیح سزارین به زایمان طبیعی اشاره نمودند، هر چند برخی این امر را مردود می‌دانستند:

"سزارین یعنی حداقل به علت مهمش به راه کسب درآمد سریع و کم دردسره. یعنی سزارین از نظر درآمدی تو بیمارستان دولتی یا خصوصی، دریافتی به جراح معادل هیستریکتومیه."

احساس عدم امنیت و فشار روی متخصص از طرف بیمار و سیستم بهداشت درمان باعث می‌شود، متخصص و پزشک ریسک لازم را برای زایمان طبیعی نداشته و سزارین را راحت‌تر انجام دهد.

"خیلی از وقت‌ها مریض اصرار داره که سزارین بشه یا ما تصمیم می‌گیریم به سزارین. شاید به خاطر این که واقعاً اون شرایط مناسب زایمان واژینال فراهم نیست. یعنی من به عنوان به متخصص و مریض به عنوان یک بیمار، احساس امنیت نمی‌کنیم."

البته برخی از متخصصین نیز خود اعتقادی به زایمان طبیعی نداشته و اصولاً سزارین را ارجح می‌دانند و خود در تشویق و یا تسهیل انتخاب سزارین نقش دارند:

"زایمان طبیعی تا حدودی طول می‌کشد، مثل سزارین نیست. سزارین رو متخصص ترجیح می‌ده چون مثلاً عملش نیم ساعت طول می‌کشد. تموم شد و رفت ولی به کسی که زایمان شکم اول می‌آد، شاید امروز شروع بشه تا فردا گیر باشه."

قابل پیش‌بینی بودن سزارین الکتیو، مزیتی برای آن در نظر گرفته می‌شود:

"به سزارین الکتیو، بهشون فرصت اینو می‌ده که قبلش مرخصی‌هاشونو جور کنن، هماهنگ کنن با کسی که قراره جاشون بایسته. با برنامه‌ریزی از قبل زایمانشان برنامه‌ریزی می‌کنند. خب معلومه که ازش استقبال کنن." یکی از مهم‌ترین عوامل، لزوم سزارین به دنبال سزارین قبلی است:

"مریض سزارین قبلی بود، اولیشو رفته بود بیمارستان خصوصی بیخودی سزارین شده بود. سه سال بعد دوباره ناخواسته حامله شده بود، اومد سزارینش بکنم."

چنانچه پزشکی تصمیم صحیح برای انجام زایمان بگیرد انتظار دارد سایر پزشکان نیز از او حمایت نمایند، چنین حمایتی گاه وجود ندارد و این مسأله روی تصمیم آن‌ها اثر می‌گذارد:

"اولین چیزی که متخصص اطفال به خانواده می‌گه، اینه که ممکنه بچه‌تون تشنجی بشه، عقب افتاده بشه. یعنی هر دفعه اینا بچه رو می‌برن مطب دکتر، میگه چرا از دکترش شکایت نکردین."

استرسی که به پزشک متخصص وارد می‌شود در زایمان طبیعی بیشتر است. این امر احتمال انتخاب سزارین را توسط پزشک بیشتر می‌نماید:

"خب به زایمان واژینال از صبح تا شب ممکنه همش استرس داشته باشد، حتی اون لحظه‌ای که سر جنین داره نزول می‌کنه نمی‌دونی که واقعاً این از کانال زایمان رد میشه خب مرتب آدم استرس اینو داره که در اون وضعیت بد نبره سزارین کنه."

"شرایط لیبرمارو ببینید، به ازای هر مریض آیا یک نفر عامل کنترل زایمانه؟ نه، آیا مونیتورینگ داریم برای همه مریضا امکانش وجود داره؟"

غیرقابل پیش‌بینی بودن سیر زایمان طبیعی نیز شرایطی را فراهم می‌آورد که گاه پزشکان، انجام سزارین را ترجیح می‌دهند:

"من تا آخرین لحظه‌ها به مریض می‌گم که به هیچ‌وجه نمی‌تونم به تو بگم که زایمان طبیعی می‌نی یا سزارین، الان وضعیت تو برای زایمان طبیعی خوبه، مگر این‌که مشکلاتی پیش بیاد."

عدم اعتماد و اعتقاد خود پزشکان به فرایند زایمان طبیعی می‌تواند خط فکری ایشان را تحت‌الشعاع قرار دهد:

"خودم به‌عنوان یه متخصص زنان بعد از این همه سال کار، سزارین رو ترجیح می‌دم، چون الان احساس می‌کنم که زایمان طبیعی یک راه پر پیچ و خمی که هرآن به مانعی برمی‌خوری."

ب) عوامل تسهیل‌کننده زایمان طبیعی: انجام زایمان بدون درد و زایمان فیزیولوژی می‌تواند تمایل بیمار را به انجام زایمان طبیعی را افزایش دهد:

"اینجا یه مدت بود زایمان بی‌درد بود، می‌اومدن اپیدورال می‌کردن مریضارو خیلی‌ام راضی بودن، حتی خیلی کسانی که دوست داشتن سزارین بشن، می‌اومدن زایمان بی‌درد می‌کردن."

وجود کلاس‌های آمادگی زایمان برای خانم‌های باردار می‌تواند بر روی تمایل ایشان به زایمان طبیعی اثر مثبت داشته باشد:

"کلاس‌های آموزشی گذاشتن، خب اینا نکته‌های مثبتی هستش که افرادو در طول بارداری آماده می‌کنن از نظر ذهنی و بدنی."

طبقه سوم - عوامل مربوط به سیستم بهداشت و درمان
الف) عوامل تسهیل‌کننده سزارین: از مهم‌ترین عواملی که اکثر پزشکان به آن اشاره نموده بودند، عدم حمایت نظام پزشکی از ایشان است:

"متخصصین زنان وقتی که تربیت می‌شه و امکان و آموزش استفاده از تیغ جراحی رو داره، طبیعتاً ممکنه که بیشتر تصمیم به جراحی بگیره."

ب) عوامل تسهیل‌کننده زایمان طبیعی: رعایت اندیکاسیون‌های نوع زایمان و تأکید بر روی رفرنس‌ها و دستورالعمل‌های پزشکی می‌تواند بر روی افزایش زایمان طبیعی مؤثر باشد.

"نمی‌گم همه سزارین‌ها با اندیکاسیونه، یا همه بدون اندیکاسیونه، اکثر سزارینا با اندیکاسیون انجام می‌شه ولی بینش سزارینای بدون اندیکاسیون هم کم نیست."

همکاری ماما و پزشک متخصص با همدیگر در افزایش زایمان طبیعی تأثیرگذار است:

"در کل ماماها خیلی می‌تونن کمک خوبی باشن. منتهی به شرطی که مسئولیت زایمانو خود ماما قبول کنه، نه به عهده پزشک باشه. اینجوری اگه باشه، خب پزشک می‌گه من راحت‌ترم خودم زایمانو بگیرم."

نقش مشاوره با سایر پزشکان از موارد دیگری بود که شرکت‌کنندگان به آن اشاره نموده بودند:

"اگه یه زمانی خودم یه جایی گیری کردم که واقعاً نتونستم یه تصمیم نت بگیرم برای مریض از اون که باتجربه‌تره کمک بخوام، اتفاقاً خیلی کار خوبی به‌خون خیلی وقتاً آدم نمی‌دونه، می‌گه آیا واقعاً من اینو بیرم اتاق عمل، نبرم."

وجود پزشکان مرد در کنار زنان در خیلی از مواقع کمک‌کننده است:

"از نظر فیزیکی باید بپذیریم، آقایون از نظر فیزیکی قوی‌ترند. این یه چیز مسلمیه، خیلی جاها نیاز به قدرت بدنی هست، خصوصاً تو رشته ما واقعاً نیاز به قدرت بدنی هست. برای همین یه همکار آقا داشته باشید کنارتون، چیز بدی نیست."

طبقه دوم - عوامل مربوط به شرایط زایمان
الف) عوامل تسهیل‌کننده سزارین: شرایط محیطی اتاق زایمان و شرایط عمومی زایمان در اکثر بخش‌های بیمارستانی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد:

برخی معتقد بودند باید به زن حق انتخاب نوع زایمان داد تا آن چه را می‌پسندد انجام دهد:

"مثل این که یه عده با ماشین می‌رن مسافرت، یه عده با قطار. پس نباید اگر کسی می‌ترسه، اصرار بکنه زایمان طبیعی بکنه، واقعاً از نظر روحی آمادگی نداره."

ب) عوامل تسهیل‌کننده زایمان طبیعی: بررسی آمار متخصصین زایمان و بازخواست از آن‌ها و همچنین نقش بیمه در این زمینه می‌تواند کمک‌کننده باشد:

"اینارو بیمه نپذیره، یعنی مجبور شن که هزینه آزاد بدن که خود این شاید یه قضیه‌ای باشد که فوری باشد مثلاً برن به سمت زایمان طبیعی."

طبقه چهارم: عوامل مربوط به فرهنگ جامعه

الف) عوامل تسهیل‌کننده سزارین: برخی عوامل فرهنگی، خانواده و زنان را ترغیب می‌نماید که سزارین انجام دهند. در کل شرکت‌کنندگان معتقد بودند سزارین نزد مردم از ارزش بیشتری برخوردار است:

"وقتی سزارین می‌شن، تشکر بیشتری می‌کنن ازت، نمی‌دونم چرا؟ در صورتی که برای زایمان طبیعی، شاید ساعت‌ها وقت می‌زاریم."

فرهنگ سزارین در جامعه به قدری جا افتاده است که برخی از شرکت‌کنندگان معتقد بودند، سزارین به صورت مد درآمدی است:

"الان هر چیزی متأسفانه تو جامعه ما مدی شده، همسایه‌اش رفته تهران، فلان بیمارستان سزارین شده، فیلمبرداری کرده، اینم می‌آد این‌جا، پول نداره بره فلان‌جا، می‌گه الا و بلا منو سزارین کن."

تغییرات و ارزش‌های فرهنگی، تغییرات ماندگاری هستند و به صورت تدریجی می‌توان آن‌ها را عوض نمود، آن هم با اقداماتی سازماندهی شده و هدفمند:

"من فکر می‌کنم این ترس از زایمان به مرور زمان ایجاد شده، نه یک‌باره، ما نباید انتظار داشته باشیم که یه دفعه ظرف مدت کوتاه، تمام این ترس‌ها بریزه، همه مردم بیان صف بکشن بگن ما می‌خواهیم زایمان کنیم. این جوری نیست. به مرور زمان باید این اتفاق بیفته. من

"کسی از ما حمایت نمی‌کند، یعنی اولین سؤالی که اگر یه مادری مشکل داشته باشد، بچه‌اش یا خودش حین زایمان مشکل دار بشه، بیه شکایت بکند، اولین سؤالی که از ما می‌کنن چرا مریضو سزارین نکردی."

عدم وجود سیستم تنبیه و تشویق رسمی از موارد دیگری است که پزشکان و ماماها را نسبت به انجام عملکرد مناسب و صحیح دلسرد می‌نماید:

"یعنی هیچ کس حمایت نمی‌کند از تو برای زایمان. من اینجا مورد بوده بچه چهار کیلو و ۷۰۰ گرمی به دنیا آوردم، ۵/۶۰۰ زایمان طبیعی گرفتم. هیچکس منو تشویق نکرد."

عدم نظارت سیستم بهداشت و درمان بر عملکرد پزشکان از مواردی بود که توسط برخی از پزشکان به عنوان عامل مؤثر بر شیوع سزارین ذکر شده بود.

"تو یه سال وقتی ۲۰۰ تا مریض داشتی، نمی‌تونی بیایی ادعا کنی که از این ۲۰۰ تا، ۱۰۰ تاشون لگناشون تنگ بوده، هیچ جا حرف تو رو نمی‌پذیره. یه بار تذکر، دوبار تذکر، ولی مشکل بزرگ‌تر ما اینه که اونهایی که بالاتر هستن خودشون بیشتر سزارین می‌کنن."

در حاشیه قرار دادن ماماها در سیستم بهداشت و درمان از موارد دیگری است که به افزایش سزارین دامن زده است.

"زایمان توسط ماما نداریم، اصلاً یعنی پرسنل مامایی لیبر نداریم اصلاً زایمان با ماما، چون من به عنوان یه متخصص نمی‌تونم که بالای سر مریض باشم. اگه من یه مامای مسئول برای مریض داشته باشم که به مراتب راحت‌تره خیالم، رزیدنتم صد تا کار دیگم داره. ماما یعنی بشینه بغل مریض تکون نخوره."

وجود بیمارستان خصوصی می‌تواند در افزایش میزان سزارین نقش داشته باشد.

"تو بیمارستان‌های خصوصی همون تهرانم، اونهایی که میرن خصوصی، پول زیادی می‌دن سزارین براشون انجام می‌شه. خوب فکر می‌کنه که هر چی گرون‌تره لوکس‌تره."

الف) عوامل تسهیل کننده سزارین: هر یک از دو انتخاب سزارین و زایمان طبیعی دارای پیامدها و عوارضی است که هر دو، بر روی انتخاب نوع زایمان توسط مردم و پزشکان متخصص اثر می گذارد:

"مریضی بود که مثلاً دیستوشی شانه داشت، توی حاملگی اولش و الان ۲ ساله اینا بچه رو دارن می برن فیزیوتراپی، همچنان این دست حرکتش برنگشته، فلج کلامیکه براش ایجاد شده همچنان هست."

برخی از بیماران سیر زایمان طبیعی را طی می کنند و در انتها به دلیل مشکلات مانند دیسترس جنین در مرحله آخر، راهی اتاق عمل می شوند که اثر منفی روی بیمار گذاشته و اغلب ابراز می دارند چرا از اول سزارین نشده اند:

"بغل تختش یه مریضه خوابیده، می بینم تا مرحله آخر زایمان پیش رفت، فول، یلاتاسیون شده، فتال دیسترس پیدا می کنه، داره میره برای اتاق عمل، می ترسه، می گه نکنه منم این جوری بشم."

با پیشرفت علم پزشکی و جراحی همچنین سزارین ها کم خطر شده و عوارض آن کاهش زیادی یافته. به این ترتیب احتیاط و ترس قبلی از سزارین در مردم و پزشکان وجود ندارد:

"الان سزارین الکتیو قابل مقایسه است با زایمان واژینال، چون بیهوشیتون الکتیوه، شما می تونین با حداقل تروما این کارو بکنین، خوب یه همچنین تفکراتی هم داره می آد، معلوم نیست تا ۱۰ ساله دیگه بشینیم اینجا چی بگیم."

ب) عوامل تسهیل کننده زایمان طبیعی: در مصاحبه شرکت کنندگان به موارد متعدد عوارض سزارین که تجربه نموده بودند اشاره کردند:

"من مریض با سابقه چند تا سزارین داشتم برای هیستریکتومی، واقعاً خودم قبولش نکردم، برای چسبندگی هایی که داشت. من خودم سه بار سزارین کردم حالا وقتی شکم سزارین تکراری ها رو باز می کنم و

فکر کنم مثلاً ظرف ده سال دیگه، آمار خیلی کاهش پیدا کنه، ولی باید روش کار کرد. یعنی فقط فشار آوردن روی متخصص و شرایط این جوری مسلماً جواب نخواهد داد."

شیوع انجام سزارین در افراد تحصیل کرده و پزشکان متخصص، خود به این باور فرهنگی که سزارین روش بهتری برای زایمان است دامن می زند و آن را تقویت می کند:

"من می گم رطب خورده، منع رطب چون کنه. وقتی همکار من خودش، بچه ۳ کیلویی رو رفته گراوید یک سزارین شه، چطوری می تونه به مریضش بگه تو زایمان طبیعی کن."

انگ بی پولی و خسارت به بیمار از عوامل دیگری است که تمایل بیمار به سزارین را افزایش می دهد:

"به خصوص تو قشر مرفه، تصور ذهنی مردم عادی اینه که اگه یکی بره، زایمان طبیعی بکنه به خاطر پولشه، در حالی که این طوری نیست، آدم عاقل تری بوده که این کارو کرده."

ب) عوامل تسهیل کننده زایمان طبیعی: در این میان نقش فرهنگ سازی پزشک می تواند کمک زیادی به تغییر این رویه نماید:

"حالا پزشک های ما متأسفانه اون بعد فرهنگ سازیشونو کنار گذاشتن، یعنی علاوه بر این که طبابت می کنن، فرهنگ سازی هم برای مردم بکنن. متأسفانه پزشک ها هم مثل بقیه مردم حوصله ندارن، وقت ندارن." نقش رادیو-تلویزیون و مطبوعات نیز از موارد دیگری بود که در فرهنگ سازی به آن اشاره شده بود:

"صدا و سیما بیشتر تبلیغ کنه. اینارو بهتره تو این برنامه هایی که مردم می بینند، پر بیننده است، بزارن. مقصر دولت و رسانه های گروهی و تبلیغاتی رادیو تلویزیون و روزنامه ها است. مرتب باید تبلیغ واقعی کنن، در حالی که تو این جا چی می بینی؟"

طبقه پنجم - پیامدهای زایمان طبیعی و سزارین

دهیسن‌های شدید رو می‌بینم وحشت می‌کنم می‌گم اگر بار دیگه امکانش بود برگردم زایمان طبیعی می‌کردم."

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه برخی از عواملی که منجر به تصمیم‌گیری برای سزارین می‌شود مستقیماً مربوط به پزشک می‌باشد. استرس‌های ناشی از لزوم تصمیم‌گیری سریع، نبودن نیروی کافی بخش زایمان، طولانی بودن زایمان طبیعی، عدم حمایت کافی و عدم احساس امنیت می‌تواند منجر به تصمیم پزشک برای بستری زود هنگام شود که خود زمینه‌ساز بیشتر انجام سزارین است. درحالی‌که با توجه به لزوم سزارین به دنبال سزارین قبلی انتظار می‌رود پزشکان با رعایت اندیکاسیون‌های پزشکی از انجام سزارین بی‌مورد به‌ویژه برای اولین‌بار خودداری نمایند. در مطالعه Shen و همکارانش تصمیم سریع پزشک به سزارین تحت تأثیر تجربیات قبلی وی بود و بر شانس بیمار در تحت جراحی قرار گرفتن تأثیر به‌سزایی داشت. لذا پیشنهاد شد فرایندی برای اصلاح اثر تجربیات قبلی بر تصمیم‌گیری‌های پزشک تعریف شود (۱۷). Rooks می‌گوید در صورت حضور مداوم ماما او می‌تواند هر لحظه در تصمیم‌سازی زنان برای ادامه راه به آن‌ها کمک کند (۳۳). مطالعه Ulli و همکارانش مشخص کرد که در صورت داشتن توان حفظ آرامش توسط ماما در اطاق زایمان و القای آرامش به بیمار، به روز بودن ماما و فهماندن مسأله به بیمار، یک فضای بسیار مؤثر ایجاد شده و یک رابطه مسئولانه بین هر دو برقرار می‌شود که تأثیر بسیار خوبی بر تحمل درد لیبر و زایمان طبیعی خواهد داشت (۱۳). لذا پیشنهاد می‌شود برنامه‌های خاص جهت توانمندسازی پزشکان، ماماها و بیماران در جهت حفظ آرامش و داشتن یک رابطه مؤثر همراه با اعتماد متقابل تا آخرین مراحل زایمان ایجاد شود تا لزوم تصمیم‌گیری سریع همیشه منجر به سزارین نگردد. ضمناً باید شرایط همکاری بین ماماها و پزشکان به نحو مطلوب‌تری در جامعه پزشکی تعریف شود. در

صورتی‌که به ازای هر بیمار در لیبر، ماما به اندازه کافی جهت آموزش، ساپورت مداوم، آرامش‌بخشی و جلب اعتماد حضور داشته باشد و یا حداقل شرایطی فراهم شود که عامل زایمان همواره در کنار زانو قرار بگیرد درخواست انجام سزارین کم‌تر خواهد شد.

براساس نتایج این پژوهش، نوع زایمانی که معمولاً توسط پزشکان برای خودشان انتخاب می‌شود غالباً سزارین است چرا که نتیجه سزارین انتخابی از دیدگاه پزشکان قابل‌پیش‌بینی‌تر است. در نظرسنجی که هتوش‌زاده و همکارانش انجام دادند ۶۰/۸ درصد از پزشکان متخصص زنان و زایمان، سزارین را برای خود انتخاب می‌کردند و بین روش پیشنهادی برای خودشان و بیمار رابطه معنادار وجود داشت (۱۹). لذا توصیه می‌شود برای اصلاح دیدگاه نگرشی پزشکان نسبت به زایمان واژینال باید تمهیداتی اندیشیده شود چراکه این مسأله به‌طور مستقیم و غیرمستقیم در پذیرش سزارین توسط بیمار نقش خواهد داشت.

در طبقه دوم نتایج حاصل از این مطالعه مشخص شد. شرایط محیطی زایمان اعم از نوع بیمارستان، محیط فیزیکی اطاق زایمان و حتی عدم امکان انجام زایمان بدون درد می‌تواند زمینه سزارین بیشتر را فراهم کند. در مطالعه‌ای که Ulli و همکارانش انجام دادند به این نتیجه رسیدند که احساس آرامش مداوم و اجتناب از درد، دو عامل مهم در تحمل ادامه روند لیبر طبیعی است و حفظ آرامش حتی در بدترین وضعیت کمک خواهد کرد تا استفاده از زایمان ابزاری و سزارین کم‌تر انجام شود (۱۳). Fung در مطالعه خود مشاهده کرد که اعمال بیدردی در حین لیبر نه تنها باعث افزایش آمار کلی سزارین نمی‌شود بلکه در گروه نولی‌پارها نیز باعث کاهش سزارین می‌شود (۲۳). لذا می‌توان با استانداردسازی شرایط اتاق‌های زایمان و برنامه‌ریزی برای انجام زایمان‌های فیزیولوژی و بدون درد از تصمیم‌سازی سزارین کاست.

براساس نتایج این مطالعه، سیستم حاکم بر بهداشت و

درمان می‌تواند در کاهش و یا افزایش سزارین تأثیرگذار باشد. عدم حمایت نظام پزشکی از پزشکانی که آمار زایمان طبیعی بالایی دارند، نبودن سیستم تنبیه و تشویق رسمی و استناد از پزشکانی که احتمالاً به علت اصرار برای زایمان واژینال مورد شکایت قرار گرفته‌اند و مشکلات بیمه، منجر به کاهش انگیزه پزشک بر انجام زایمان طبیعی و افزایش سزارین می‌شود. در مطالعه ویمراکتیا و همکارانش نیز ترس از فشارهای قانونی، ارتباط مستقیم با افزایش سزارین داشت (۱۸). براساس نتایج این مطالعه، نظارت کافی بر وضعیت فعلی وجود ندارد. بین بخش دولتی و خصوصی رقابت وجود دارد البته رقابت بیشتر در انجام سزارین است نه زایمان واژینال! ضمن این‌که پزشکان با بیماران، ارتباط مالی دارند و این خود معضلی بزرگ است که می‌تواند به طور نامحسوس بر افزایش تمایل به سزارین توسط پزشکان و یا بستری بیمار در مراکز خصوصی اثر مثبت داشته باشد. در مطالعه ویمراکتیا نیز تمایل به خدمت در مراکز خصوصی، بزرگی و یا مرجع بودن بیمارستان و چگونگی برخورد با مسایل نیازمند پیگیری قانونی با افزایش سزارین در رابطه بود (۱۸). Tiaziana و همکارانش نیز در مطالعه خود دریافتند عمومی یا خصوصی بودن ویزیت‌های پره‌ناتال با نوع زایمان رابطه دارد (۱۰). لذا در صورتی که نظام حاکم بر بهداشت و درمان و سیستم‌های بیمه، حمایت و نظارت بیشتری از پزشکان و عاملان زایمان طبیعی به عمل آورند تمایل بر انجام زایمان طبیعی افزایش خواهد یافت.

در طبقه چهارم از نتایج این مطالعه مشخص شد که فرهنگ جامعه می‌تواند نقش تسهیل‌کننده‌ای در سزارین داشته باشد. به نظر برخی پزشکان در جامعه ما سزارین به یک مد تبدیل شده است و برخی از مردم ارزش بیشتری برای سزارین قائل هستند. از آن‌جا که وقتی عادات اجتماعی ایجاد می‌شود به تدریج حالت ماندگار پیدا می‌کنند و اصلاح آن مشکل می‌شود. مردم تصور می‌کنند در صورت انجام سزارین، احتمال سلامتی جنین

بیشتر است و غالباً از عوارض سزارین آگاهی ندارند از طرف دیگر این‌که مشاهده می‌شود غالباً افراد متخصص و تحصیل‌کرده به خصوص پزشکان بیشتر سزارین انجام می‌دهند می‌تواند در پذیرش سزارین توسط مردم مؤثر باشد. در مطالعه‌ای که Tiaziana و همکارانش انجام دادند آمار سزارین در افراد تحصیل‌کرده و مرفه بالاتر بود و وضعیت جامعه نیز اثر مستقیم بر نوع زایمان داشت (۱۰). رایت نیز در مطالعه‌اش با توجه به انتخاب سزارین توسط درصد بالایی از متخصصان پیشنهاد کرد متخصصان باید تعادل نگرشی بیشتری پیدا کنند (۲۴). نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که رادیو، تلویزیون و مطبوعات می‌توانند نقش مؤثری در کاهش آمار سزارین داشته باشد ضمن این‌که فرهنگ‌سازی اصلی باید توسط پزشکان صورت بگیرد. مطالعه Tiaziana و همکارانش که فاکتورهای مؤثر بر افزایش سزارین را در کشورهای در حال توسعه بررسی کرده است نشان داد که صحبت با همسایگان و مشاوران در طی ۱۲ ماه قبل از زایمان نقش مؤثری در انتخاب نوع زایمان دارد (۱۰). ضمن این‌که بیماران انتظار دارند در فرایند نتیجه‌گیری برای نوع زایمان خود نقش کنترل‌کننده داشته باشند، لکن از پزشکان خود انتظار دارند در انتخاب نهایی نقش مؤثری ایفا کنند و مسئولانه در این زمینه اقدام نمایند. ضمناً ترس از پزشک، نگرش منفی نسبت به فرایند زایمان و یا مراقبت بیش از حد بر نوع زایمان تأثیر داشت (۲۵) و (۲۶). لذا پیشنهاد می‌شود جهت اصلاح نواقص فرهنگی تمایل به سزارین در جامعه برنامه‌های خاص و طولانی‌مدت با رهبری پزشکان و مشارکت بیشتر سایر ارگان‌های فرهنگی به‌ویژه صدا و سیما طراحی و اجرا شود. ضمناً باید برنامه‌هایی ویژه جهت پذیرش زایمان طبیعی توسط افراد تحصیل‌کرده و با کلاس اجتماعی بالاتر مدنظر قرار گیرد.

براساس نتایج این مطالعه برخی پیامدهای زایمان طبیعی و سزارین در مادر و نوزاد می‌تواند نقش تسهیل‌کننده برای سزارین داشته باشد. عوارضی که بعد

نتیجه گیری

بستری های زود هنگام و تشخیص های افراطی توسط پزشکان، سیستم نظارتی و بیمه ای ضعیف، پذیرش سزارین به عنوان یک فرهنگ و عدم آشنایی با پیامدهای سزارین به صورت ملموس زمینه ساز شیوع بالای آن در جامعه است. لذا پیشنهاد می شود برنامه ای طولانی مدت و همه جانبه برای ایجاد یک سیستم نظارتی و حمایتی اجرا شود و آموزش های لازم که زمینه ساز تحولی فرهنگی در همه اقشار جامعه به ویژه پزشکان در خصوص پذیرش زایمان طبیعی باشد صورت گیرد. البته عوامل متعددی از قبیل پزشکان، شرایط زایمان، سیستم بهداشت و درمان، پیامدهای زایمان و عوامل فرهنگی وجود دارند که می توانند تسهیل کننده سزارین باشند لذا پیشنهاد می شود در برنامه ریزی هایی که به منظور کاهش آمار سزارین در کشور انجام می شود به طور همه جانبه به این عوامل توجه شود.

از یک زایمان طبیعی ماندگار شده است قبول بی خطری یا کم خطری سزارین و عدم احساس و درک عوارض مرتبط با آن در جامعه و امکان انجام سزارین پس از تحمل دردی طولانی می تواند نقش مهمی در انتخاب سزارین داشته باشند چرا که در هر صورت مهم ترین چیز برای مادر، خانواده بیمار و پزشک، جان بچه است. در مطالعات متعدد عوارض جانبی زایمان سزارین مانند مرگ و میر بیشتر در نوزادان، ناخوشی های مادری، هیستریکتومی، پلاستا پرویا، انتقال خون، پارگی انسزیون، چسبندگی، اقامت طولانی تر در بیمارستان و زمان طولانی جراحی گزارش شده است (۲۷ و ۲۸). لذا پیشنهاد می شود نحوه انجام سزارین و عوارض احتمالی آن به طور واقع بینانه و بر اساس شرایط حاکم بر جامعه ما در کلاس های آموزشی دوران بارداری بیان شود.

References

- Henderson C, Macdonald S. Mays Midwifery. 13th ed. London: Biliere Tindall, Royal Collage Midwives. 2004;868-81.
- Scott JR, Ronalds. Gibbson, Bethy. Karlan, Arthur. Haney. Danforths Obstetrics. 9th Edition. Lippin Cott Williams and Wilkins. 2003. p. 446-60.
- www.hbi.ac.ir
- F. Cunningham, Kenneth Leveno, Steven Bloom and John Hauth. Williams Obstetrics. Ghazi jahani B (Persian translator). 1ST ed. Tehran: Golban publication company 2010;544-75.
- Jamshidi Evanaki F, Khakbazan Z, Babaei Gh, Noori T. [Reasons of choosing Cesarean section as the delivery method by the pregnant women referred to health- treatment centers in Rasht (Persian)]. Hayat. 2004;10(22): 51-60.
- Mirtajaddini H. Evaluating of women physicians CAP about cesarean in Kerman [Thesis]. Kerman. Kerman University of Medical Sciences. 2003.
- Firoozbakht M. The reason of cesarean increasing in Emam Reza hospital in Amol from 1368 to 1378. [Dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences. 1999.
- Farnworth A, Robson SC, Thomson RG, Watson DB, Murtagh MJ. Decision support for women choosing mode of delivery after a previous caesarean section: a developmental study. Patient Educ Couns. 2008;71(1):116-24.
- Moffat Ma, Bell JS, Lawton S, Hundley V, Danielian P, Bhattacharya S. Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a cesarean section: a qualitative' BJOG. 2007;114(1):86-93.
- Leone T, Padmadas SS, Matthews Z. Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries. Soc Sci Med. 2008;67(8):1236-46.
- Mozingo JN, Davis MW, Thomas SP, Droppleman PG. "I felt violated": women's experience of childbirth-associated anger. MCN Am J Matern Child Nurs. 2002;27(6):342-8.
- Goldberg LS. Embodied trust within the perinatal nursing relation. Midwifery. 2008;24:74-82.
- Huber US, Sandall J. A qualitative exploration of the creation of calm in a continuity of care model of maternity care in london'. Midwifery (2008), doi:10.1016/j.midw.2007.10.1011.
- Sakala C. Midwifery care and out-of-hospital birth settings: how do they reduce unnecessary cesarean section births? Soc Sci Med. 1993;37(10):1233-50.

15. Adib-Hajbaghery M. [Iranian nurses perceptions of evidence-based practice: A qualitative study (Persian)]. *Feyz*. 2007;11(2):44-52.
16. Shen O, Rabinowitz R, Geist RR, Shafir E. Effect of background case characteristics on decisions in the delivery room. *Med Decis Making*. 2010;30(4):518-22.
17. Rooks JP. The midwifery model of care. *J Nurse Midwifery*. 1999;44(4):370-4.
18. Hantoushzadeh S, Rajabzadeh A, Saadati A, Mahdanian A, Ashrafinia N, Khazardoost S, et al. Cesarean or normal vaginal delivery: overview of physicians' self-preference and suggestion to patients. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;280(1):33-7.
19. Fung BK. Continuous epidural analgesia for painless labor does not increase the incidence of cesarean delivery. *Acta Anaesthesiol Sin*. 2000;38(2):79-84.
20. Vimercati A, Greco P, Kardashi A, Rossi C, Loizzi V, Scioscia M, et al. Choice of cesarean section and perception of legal pressure. *J Perinat Med*. 2000;28(2):111-7.
21. Wright JB, Wright AL, Simpson NA, Bryce FC. A survey of trainee obstetricians preferences for childbirth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001;97(1):23-5.
22. Chigbu CO, Ezenyeaku CC. Women's opinions and experiences with induction of labor and cesarean delivery on request in south eastern Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008;103(2):158-61.
23. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(3):201-8.
24. Alchalabi HA, Amarin ZO, Badria LF, Zayed FF. Does the number of previous caesarean deliveries affect maternal outcome and complication rates? *East Mediterr Health J*. 2007;13(3):544-50.
25. Bakhshi T, Landon MB, Lai Y, Spong CY, Rouse DJ, Leveno KJ, et al. Maternal and neonatal outcomes of repeat cesarean delivery in women with a prior classical versus low transverse uterine incision. *Am J Perinatal*. 2010;27(10):791-6.