

روند تصمیم‌گیری زنان در انتخاب زایمان به روش سزارین

*منصوره جمشیدی منش^۱ *سیده فاطمه حق دوست اسکویی^۲ لیلا جویباری^۳ اکرم ثناگو^۳

چکیده

زمینه و هدف: سزارین راهی برای کاهش مرگ و میر مادر و نوزاد در نظر گرفته شده است، اما امروزه به معضلی همگانی تبدیل گردیده به طوری که آمار سزارین در کشور ایران از میزان استاندارد سازمان بهداشت جهانی به مراتب بیشتر می‌باشد. هدف مطالعه کشف، شناسایی و توصیف روند تصمیم‌گیری زنان در انتخاب زایمان به روش سزارین توسط مادران بارداری است که ضرورت پزشکی برای این امر ندارند.

روش بررسی: بیست و شش زن در سه ماه سوم بارداری به روش نمونه‌گیری هدف‌دار و نظری انتخاب شدند. به منظور دستیابی به شرکت‌کنندگان، به دو مرکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران و همچنین دو مطب خصوصی پزشک زنان در شهر تهران مراجعه شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار جمع‌آوری شدند. بعد از ضبط خط به خط دست‌نویس شدند. جمع‌آوری و آنالیز همزمان داده‌ها به روش مقایسه مداوم صورت گرفت.

یافته‌ها: مضامین اصلی که ظهور یافت شامل ترس از ناشناخته‌ها، بی‌دردی، آرامش جسمی و روحی، تجربه نامطلوب و تشویق دیگران، نگرانی از عوارض، ارتباط نامناسب کادر درمان، احساس مرگ و تنهایی، و سلامت نوزاد بود. همچنین تحلیل مستمر داده‌ها نشان داد زنان برای ایجاد تعادل به منظور اخذ بهترین تصمیم، مراحل بررسی کردن، مشروع ساختن و تعدیل نگرانی‌ها، قطعیت بخشیدن انتخاب نمودن را پشت سر می‌گذارند.

نتیجه‌گیری: با توجه به مضمون اصلی به دست آمده از یافته‌ها که همانا ترس از ناشناخته‌های مادران باردار از زایمان می‌باشد، با ترویج روش‌هایی که منجر به کاهش ترس، درد و ایجاد حس اعتماد به نفس می‌شود می‌توان به زنان در انتخاب نوع زایمان به ویژه زایمان طبیعی کمک نمود.

واژه‌های کلیدی: دیدگاه زنان باردار - روند تصمیم‌گیری - زایمان به روش سزارین

تاریخ دریافت: ۸۶/۴/۴

تاریخ پذیرش: ۸۷/۶/۱۲

^۱ مربی گروه مامایی، میدان ونک، خیابان رشید یاسمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (*مؤلف مسؤل)

^۲ دانشیار گروه بهداشت جامعه مادران و نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (*مؤلف مسؤل)

^۳ استادیار گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گرگان

مقدمه

بارداری یک پدیده فیزیولوژیکی است، اما پایان آن یعنی زایمان حادثه‌ای است که همراه با درد، ترس، نگرانی و حتی وحشت از مرگ می‌باشد. زایمان فرایندی چند بعدی و دارای ابعاد جسمی، هیجانی، اجتماعی، فیزیولوژیکی، فرهنگی و روانی است و به عنوان یک تجربه بحرانی در دوره زندگی زن تلقی می‌شود. آمارهای جهانی حاکی از آن است که میزان سزارین علی‌رغم این‌که الزاماً با پیامدهای مثبتی برای مادر و نوزاد همراه نیست اما همچنان رو به افزایش است.^(۱) با توجه به افزایش چشمگیر سزارین متأسفانه میزان زایمان طبیعی رو به کاهش است. در ایالت متحده آمریکا از هر ۱۰ زایمان ۱ مورد منجر به زایمان به روش سزارین می‌شود و در سال (۲۰۰۲) ۲۶/۱ درصد زایمان‌ها به طریق سزارین انجام شد.^(۲) در کشورهای اروپایی آمار نشان می‌دهد که این میزان بین ۱۳ تا ۲۵ درصد است.^(۳،۴) در کشورهای آمریکای لاتین مثل برزیل میزان سزارین بسیار بالاست به طوری که این میزان بین ۱۶/۸ تا ۴۰ درصد گزارش شده است.^(۵) بر طبق آمارهای اعلام شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شیوع سزارین در ایران به‌طور متوسط سه برابر بیشتر از آمارهای جهانی است. چنان‌که آمار سال ۱۳۸۱ نشان می‌دهد، میزان سزارین (۳۶ درصد) و در سال ۸۲ (۳۳ درصد) بوده است.^(۶)

در حالی که طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی در هیچ منطقه‌ای از دنیا میزان سزارین نمی‌بایست بیش از ۱۰ الی ۱۵ درصد باشد.^(۷) امروزه در کشورهای غربی و در ایالت متحده آمریکا بیشترین میزان سزارین با دو علت طبی شایع انجام می‌گیرد که شایع‌ترین آن

سزارین تکراری (۳۶درصد) و دیگری دیستوشی زایمانی (۱/۳۰درصد) است، که شامل بزرگی جنین و تنگی لگن مادر می‌باشد. عوارض همراه سزارین به مراتب بیش از زایمان واژینال است. عوارض مربوط به بیهوشی مانند آسپیراسیون، کاهش فشارخون، سردرد، خونریزی زیاد، اینرسی رحم و عوارض ناشی از برش‌های جراحی نظیر پلاستنا پرویا، صدمات وارده به مجاری ادراری و دستگاه گوارش است.^(۸) از آنجا که در ایران یکی از نقش‌های عمده ماماها انجام زایمان طبیعی است لذا آن‌ها می‌توانند اقداماتی را در زمینه کمک به مادران باردار در طی مراقبت‌های بارداری جهت حفظ سلامت مادر و نوزاد که از آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه محسوب می‌شوند ارائه نمایند و همچنین می‌توانند به رفع عواملی که ممکن است در دیدگاه زنان باردار تأثیر گذاشته و در نتیجه آن‌ها را به سمت انتخاب سزارین سوق داده است بپردازند. اگر چه تحقیقات کمی می‌توانند وقایع و شرایط علیتی را به خوبی توضیح دهند، اما این گونه تحقیقات معمولاً در شرایط مصنوعی انجام شده و از خلق داده‌های غنی که حاصل درک پدیده در شرایط طبیعی باشد عاجزند.^(۹) در حالی که محقق کیفی با حضور در شرایط طبیعی به فهم و تفسیر پدیده‌ها و شرایط زندگی مردم نایل می‌شود. نتایج مطالعات کمی که از طریق پرسشنامه در اختیار نمونه‌ها قرار می‌گیرد از غنای کافی (همانند مطالعات تفسیری) برخوردار نیست. رسالت تحقیق کیفی درک عمیق چرایی و چگونگی پدیده‌ها بوده و به روشن‌سازی وقایع، هنجارها و ارزش‌ها از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در تحقیق کمک می‌کند. هدف از این جستجوی گسترده، رسیدن به منظری از واقعیت است که از نظر شرکت‌کنندگان در تحقیق مهم است، نه از نظر محقق،^(۱۰) بنابراین، جهت دستیابی به عوامل دخیل

در انتخاب زنان، مطالعه حاضر با هدف کشف و توصیف روند تصمیم‌گیری آنان برای انجام نوع زایمان صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه با روش نظریه پایه (گراندد تئوری) انجام شده است. هدف آن کشف و توصیف فرایند تصمیم‌گیری زنانی بود که زایمان شان را به روش سزارین انتخاب کرده بودند. مشارکت‌کنندگان شامل زنان باردار ساکن شهر تهران بودند که سه ماه آخر بارداری را سپری می‌کردند. پس از کسب اجازه از مسئولین مرکز آموزشی درمانی و دو دفتر کاری پزشکان متخصص زنان و اخذ رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان، با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، شرکت‌کنندگان وارد مطالعه گردیدند. در جریان انجام مطالعه از نمونه‌گیری نظری نیز استفاده شد. نمونه‌گیری نظری یکی از راهبردهای گراندد تئوری است به این معنی که داده‌های جدید جمع‌آوری می‌شوند تا طبقات نظری وسعت یافته و از قوام و غنای کافی برخوردار شوند. می‌گویند نمونه‌گیری نظری فرآیند جمع‌آوری داده‌هاست که محقق بدان وسیله به طور همزمان به جمع‌آوری داده‌ها، کدگذاری و تحلیل داده‌ها می‌پردازد و تصمیم می‌گیرد که در مرحله بعد چه داده‌ای را و کجا جمع‌آوری کند. هدف محقق توسعه تئوری است و فرآیند جمع‌آوری داده‌ها با تئوری در حال ظهور کنترل می‌شود.^(۱۱) در نمونه‌گیری تلاش شد تا حداکثر تنوع اعمال شود از این رو زنان در سنین، تحصیلات و تعداد بارداری متفاوت انتخاب شدند، بنابراین می‌توان اظهار داشت که نمونه‌گیری در این مطالعه با تئوری در حال ظهور

هدایت شد. اساس گراندد تئوری «مقایسه مستمر» است. بعد از ۲۶ شرکت‌کننده و مصاحبه با آنها پژوهشگر دریافت که طبقات دارای قوام مفهومی بوده و تئوری تبیین نظری شکل یافته است از این رو ضرورتی به جمع‌آوری اطلاعات بیشتر وجود نداشت، مصاحبه‌ها داده‌جدیدی را به داده‌های قبلی اضافه نکرده بود و طبقات به استحکام مفهومی رسیده‌اند فرض بر اشباع داده‌ها گذاشته شده و نمونه‌گیری خاتمه یافت. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختار جمع‌آوری شد. انجام مصاحبه، دست‌نویس کردن داده‌ها و آنالیز داده‌ها توسط دو تن از نویسندگان انجام شد. برای بررسی تکنیک مصاحبه، سوالات اصلی و سوالات کاوشی، مطالعه آزمایشی انجام شد. پژوهشگر بر آن بود تا دریابد آیا سوالات راهنما برای روشن کردن روند تصمیم‌گیری زنان از کفایت لازم برخوردارند یا نه، مصاحبه‌ها کلمه به کلمه دست‌نویس، کدگذاری و طبقه‌بندی شدند. یافته‌های مطالعه آزمایشی در کار اصلی نیز استفاده شد. سوال تحقیق راهنمایی برای شرکت‌کنندگان در مطالعه مقدماتی بوده است. هدف از سوالات مصاحبه، روشن شدن دیدگاه زنان، تأثیر نظرات دیگران و اطرافیان آنها پیرامون انتخاب نوع زایمان؛ چگونه فکر کردن، عمل کردن، تدبیر اندیشیدن و ارزیابی کردن بوده است. در هر مصاحبه، ابتدا باید چند دقیقه‌ای درباره مسائل کلی صحبت شود تا آشنایی صورت گرفته و فرصتی برای ایجاد اطمینان خاطر در مصاحبه‌شونده فراهم آید.^(۱۲) مصاحبه‌ها بین ۴۰ الی ۶۰ دقیقه متناسب با وضعیت جسمی شرکت‌کننده به طول انجامید. اولین سؤال این بود که

- وقتی می‌گوئیم زایمان، اولین چیزی که در ذهن شما خطور می‌کند، چیست؟ سوالات بعدی:

- قبل از این که حامله شوید آیا تصمیم داشتید که سزارین شوید؟
- ماه‌های اول بارداری در مورد زایمان چه فکر می‌کردید؟
- با این که درد زایمان را تجربه نکردی چرا از آن می‌ترسی؟
- چه کسی/ کسانی در تصمیم‌گیری شما نقش داشته‌اند/ دارند؟ نظر شوهرتان چیست؟
- بین سوالات به شرکت کنندگان کمک شد تا ذهن خود را متمرکزتر نمایند. بر حسب ضرورت از سوالات کاوشی استفاده شد، از قبیل: می‌توانید یک مثال بزنید؟ می‌توانید کمی بیشتر در این مورد بگوئید؟ البته باید خاطر نشان کرد که استفاده بیش از حد از سوالات کاوشی، ممکن است تهاجمی به نظر برسد. اساساً مصاحبه‌های کیفی، سبک گفتمان دارند.^(۱۳) از این رو سعی شد تا لحن مصاحبه به صورت یک گفتمان حفظ شود و در عین همدلی، حتی الامکان از ارائه نظر خودداری شود. هر مصاحبه با این سوالات ختم شد آیا پیشنهادی یا نظری دارید؟ آیا فکر می‌کنید سوالی بوده که مطرح نشده؟ آیا مایلید از من سوالی بپرسید؟ محقق به تجربه دریافت که این چند سوال بسیار مناسب بوده و چه بسا شرکت‌کننده، ایده تازه‌ای را مطرح کند که به عمیق شدن مصاحبه کمک شود. در مجموع، تمام مصاحبه‌ها از نظر زمان، ساختار و محتوا بر اساس پاسخ شرکت‌کنندگان تنظیم شدند. قبل از هر مصاحبه جدید، مصاحبه‌های قبلی، و سوالات راهنما مرور شد تا امکان مقایسه بین داده‌ها ممکن شود. اگر چه از راهنمای مصاحبه استفاده شد ولی سوالات شرکت‌کنندگان مختلف دقیقاً یکسان نبود و مطابق جریان مصاحبه تعدیل می‌شد. دامنه سن شرکت‌کنندگان از ۱۹ تا ۳۳ سال، میزان تحصیلاتشان از
- سیکل تا لیسانس، ۳ نفر از آن‌ها بارداری دوم و ۲۳ نفر دیگر نخست‌زا بودند.
- تحلیل داده‌ها مطابق چارچوب استراوس و کوربین انجام شد.^(۱۴) مراحل کلی تجزیه و تحلیل داده‌ها به شرح زیر است:
- مشخص کردن عبارات مهم در متن
- کددهی خط به خط (کددهی باز)
- خوشه بندی کدهای اولیه
- مقایسه خوشه‌ها (تعیین تشابهات و افتراقات، تغییر و تعدیل خوشه‌ها)
- تشکیل طبقات (کدگذاری محوری)
- تعیین طبقات اصلی (کدگذاری انتخابی)
- بیان فرایند روانی اجتماعی اساسی در پدیده مورد مطالعه
- مثال‌های زیر نیز نمونه‌ای از کدهای باز (سطح یک) است.
- فراوانی زایمان سزارین
- راحتی در سزارین
- کوتاه بودن زمان درد در سزارین
- بی‌هوش شدن و متوجه نشدن درد در سزارین
- تحسین شدن زایمان به روش سزارین توسط اقوام
- متوجه نشدن درد در سزارین
- اعتبار مطالعه از طریق صحت و دقت یافته‌ها انجام گرفت. به طوری که چهار معیار برای ارزیابی دقت مطالعات کیفی مورد توجه قرار گرفت: الف) قابلیت اعتبار، ب) قابلیت انتقال، ج) قابلیت ثبات، د) قابلیت تایید.
- در قابلیت اعتبار برای آن‌که مشخص گردد، داده‌ها بیانگر واقعیت (تجربه شرکت‌کنندگان از پدیده) است یا نه؟ چگونگی جمع‌آوری داده‌ها مطرح می‌شود. درگیری طولانی مدت به اعتبار داده‌ها می‌افزاید.

بخش‌های منتخب از متن مصاحبه‌ها که به صورت نقل قول مستقیم است در "گیومه" قرار داده شده است.

ترس از ناشناخته‌ها

بکرات کلمات ترس، وحشت، مشکل بزرگ و سنگین در مصاحبه‌ها به کار رفت. عباراتی از قبیل "واقعاً از زایمان طبیعی وحشت دارم" و یا "زایمان طبیعی درد داره، ترس داره"، واقعاً خیلی مشکله، "چیز وحشتناکيه"، "باید همه دردها را ببینی با کمک خودت باید زایمان کنی. خیلی دردناکه" بکرات توسط شرکت‌کنندگان متعدد تکرار شدند.

هر گاه از شرکت‌کنندگان سوال شد "اولین چیزی که در ذهن شما با شنیدن زایمان خطور می‌کند چیست؟" به ترس اشاره داشتند. به عنوان مثال "خوب از اول همون ترس از زایمان رو داشتم چیزی دیگه توی ذهنم نیست." یا شرکت‌کننده دیگر:

"خیلی می‌ترسم یعنی من الان خودم حاضر هستم هزاران قرص رو بخورم ولی یک آمپول نزنم چون خیلی می‌ترسم به خاطر همین ترسم بود که ازدواج کرده بودم ولی بچه دار شدنم ۵ سال به تأخیر افتاد." تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه به نحوی هراس خود را از درد زایمانی مطرح ساختند. موارد ذیل نمونه‌های دیگری از اظهارات شرکت‌کنندگان است:

"به خاطر همین ترس و درد و این جور چیزها دوست دارم سزارین بشم"، "ذهنیتم خرابه برای درد و ترس این جور چیزها" و یا "حقیقتش برای من خیلی زایمان طبیعی بزرگه، سخته، بچه خیلی سخت به دنیا میاد".

ترس بدون آگاهی، اکثر شرکت‌کنندگان به دلیل تصور خیالی و احساسی که داشتند، حتی برخی آن را

منظور از درگیری طولانی مدت، حضور کافی در محیط و تماس با داده‌ها بود. برقراری ارتباط مبتنی بر اعتماد با شرکت‌کنندگان اصل مهمی است که در مطالعه حاضر، جمع‌آوری و تحلیل همزمان داده‌ها ۱۲ ماه به درازا انجامید. منظور از قابلیت انتقال، قابلیت استفاده از نتایج در یک موقعیت دیگر است و همچنین قابلیت انتقال از طریق فراهم نمودن توصیف عمیق که بر اساس نمونه‌گیری هدفدار است میسر می‌شود. در این صورت، سایر خوانندگان قادر خواهند بود با خواندن گزارش تحقیقی به نتیجه‌گیری مشابه یا متفاوتی (با نظرات محقق) دست یابند. بنابراین، از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف در این مطالعه استفاده شد. قابلیت ثبات و قابلیت تایید به این معنی که تصمیمات اخذ شده در طی مراحل اجرایی تحقیقی می‌بایست با چنان وضوحی مطرح شوند که سایرین بتوانند در مورد مناسب بودن فرآیند تحقیق برای کار پژوهشی خود قضاوت کنند. لذا پژوهشگران در این تحقیق سعی نمودند تا تمام مراحل تحقیق را به صورت روشن مکتوب نمایند به طوری که سایر محققین نیز قادر به پیگیری داده‌ها باشند.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق به استخراج مقوله‌ها یا مضامین اساسی "ترس از ناشناخته‌ها"، "بی‌دردی، آرامش جسمی و روحی"، "تجربه نامطلوب و تشویق دیگران"، "نگرانی از عوارض"، "ارتباط نامناسب کادر درمان"، احساس مرگ و تنهایی و "سلامت نوزاد" منجر شد.

ترس و اضطراب می‌تواند مولد و یا تشدیدکننده درد باشد. درد نیز به نوبه خود دهشت‌زا می‌باشد.

شرکت‌کنندگان دیگر نیز از بی‌خبری از محیط به هنگام سزارین به عنوان یک مزیت یاد کردند. به خاطر همین می‌خواهم نفهمم که دور برم چی می‌گذره و یا سزارین همون اولش که آدم رو بیپوش میکنن آدم هیچی نمی‌فهمه.

تجربه نامطلوب و تشویق دیگران

برداشت‌های شرکت‌کنندگان ناشی از تجربه ناخوشایند قبلی از درد و همچنین انتقال تجربه دیگران، القائات و نقل قول‌های عمومی باعث شده بود که اکثر آن‌ها تصمیم به سزارین بگیرند.

ماحصل تجربه قبلی فرد از درد، باعث شده بود که برای زایمان طبیعی این تصور وجود داشته باشد. افرادی که قبلاً زایمان طبیعی داشتند و یا در بارداری فعلی‌شان در بخش زایمان برای مدتی بستری بودند.

به طوری که شرکت‌کننده ای اظهار داشت: چون درد عادت ماهیانه من زیاده احساس می‌کنم که زایمان هم از این بدتر باشه.

و یا من حتی از زدن یک آمپول هم وحشت داره چه برسه به زایمان طبیعی.

من چون ماه هفتم، دو تا سه روز در بخش زایمان بستری بودم دیدم که زنها چه جوری حیغ می‌زنن، خیلی می‌ترسم.

اگرچه همه زنان اذعان داشتند که برای انتخاب نوع زایمان، از جانب اطرافیان، همسر و یا خانواده خود هیچ‌گاه تحت فشار نبوده‌اند، اما آنچه از مصاحبه‌ها بر می‌آید نظر کلی رایج در جامعه و اطرافیان می‌تواند مشوق و یا بازدارنده‌ای برای انتخاب نوع زایمان باشد.

شرکت‌کننده ای از تجارب زایمانی سایرین می‌گوید و این‌که تا چه حد تجربیات سایرین می‌تواند در انتخاب فرد مؤثر باشد. سایرین می‌توانند فردی از اعضای

اصلاً تجربه نکرده بودند. و از توافق جمعی زنان خانواده در خصوص سزارین به دلخواه خود صحبت می‌کردند.

به عنوان مثال شرکت‌کننده ای بیان کرد:

خانواده من سه چهار نفر با هم همزمان حامله ایم همه من حسمون این بود که اگه سزارین بشیم خیلی راحت تریم.

یکی از شرکت‌کنندگان دیگر

خواهرم را سزارین کردیم خودمون به دلخواه خودمون سزارینش کردیم.

یا

فکر می‌کنم تحمل نداشته باشم.

بی‌دردی، آرامش جسمی و روحی

زایمان طبیعی معادل درد بوده است و سزارین معادل بی‌دردی، راحتی بیشتر، نفهمیدن این‌که دور و بر چه می‌گذرد و خواب بودن. تقریباً در تمامی موارد برداشت زنان از زایمان طبیعی درد بوده است. به عنوان مثال شرکت‌کننده ای اظهار داشت:

اولین چیزی که به فکرم می‌رسه درد هست.

همچنین کوتاه بودن مدت درد کشیدن نیز مورد تحسین زنان بوده است.

سزارین برای من خیلی خوب بود واقعاً راحت‌تر بودم یک روز حداقل درد می‌بری و بعد از یک روز هم بهتون آمپول‌های مسکن میدن.

و یا فکر کنم راحت‌تر از طبیعی باشه، راحت، دختر خاله و دختر دایی ام تعریف می‌کنن می‌گفتن هیچ دردی احساس نکردیم بعدش هم مشکلی نداشتیم. می‌گفتن سه روز بستری بودیم و رفتیم.

در غالب موارد زنان از این‌که طی سزارین خواب می‌روند بسیار خرسند بودند توی سزارین اصلاً درد را نمی‌بینی یا بیپوش هستی و یا سر هستی.

افتادگی باشد و یا زائوی دیگری در دو بیمارستان باشد. یکی از شرکت‌کنندگان مقبولیت سزارین، عوارض کمتر آن و توصیه توسط سایرینی که از پیامدهای سوء زایمان واژینال رنج می‌برند را ذکر می‌نماید.

معمولاً خودم از قدیمی‌ها می‌پرسم، مثلاً مادر خودم که سه چهار تا زایمان طبیعی داشته هر وقت از مامان خودم می‌پرسیدم که مامان سزارین خوبه یا زایمان طبیعی می‌گفت سزارین.

ارتباط نامناسب کادر درمان

معاینات مکرر، زایمان طبیعی را نامطلوب می‌سازد همچنین رفتار نامناسب کادر درمانی و مراقبتی به هنگام زایمان طبیعی نیز عامل بازدارنده دیگری است که موجب می‌شود زنان از زایمان واژینال هراسان باشند. یک سری از شرکت‌کنندگان، توصیف زایمان طبیعی را با واژه‌های اذیت شدن عنوان نمودند. شرکت‌کننده‌ای چنین بیان داشت:

"زایمان طبیعی آدم خیلی اذیت میشه مثلاً از نظر معاینه از نظر رسیدگی آگه شما بخوای برید توی بخش زایمان طبیعی هر ساعتی‌یه پرستار عوض میشه اونا که کشیکن بعدش باید خیلی زجرم بکنی من سه شب توی بخش بیمارستان زایمان طبیعی خوابیدم بعد خیلی عذاب کشیدم هر دفعه معاینه بود خیلی دردناک بود خیلی اذیت شدم ولی سزارین نه سزارین همون ساعت رفتم بیمارستان من را بردن اطاق عمل بیهوشی کامل بود بعدش هم آمدم یه روز درد بردم بعدش دیگه راحت شدم."

شرکت‌کننده دیگر: بعد از ماه نهم معاینه اش خیلی سخت تره.

شرکت‌کننده دیگری عنوان کرد:

"این قدر منو معاینه کرده بودن که من نمی‌تونستم راه برم."

"توی زایمان طبیعی معاینه خیلی زیاد است دقیقه به دقیقه دکترت عوض می‌شه ... اصلاً توجه به آدم ندارند. من چند روز توی بخش زایمان طبیعی خوابیده بودم اما آگه با آدم خوش رفتاری کنند دردهاش هم راحت تر و زایمان طبیعی خیلی راحت تر است چون

زایمان واژینال رنج می‌برند را ذکر می‌نماید. معمولاً خودم از قدیمی‌ها می‌پرسم، مثلاً مادر خودم که سه چهار تا زایمان طبیعی داشته هر وقت از مامان خودم می‌پرسیدم که مامان سزارین خوبه یا زایمان طبیعی می‌گفت سزارین.

یا شرکت‌کننده دیگری: "زایمان دوم خواهرم سزارین بود میگه خیلی راحت بوده در صورتی که زایمان اولش طبیعی بود و خیلی سخت بوده، میگه روز اول که از اتاق عمل اومدم یکی دو ساعت درد داشتم ولی بعداً نه به اون شدت."

شرکت‌کننده دیگری نیز اذعان داشت "چون خیلی ازش بدی گفتن به خاطر این‌که بد گفتن نمی‌خوام طبیعی بزام."

و یا "بله طبیعی رو چون زن داداشم طبیعی زایمان کرده می‌گه که خیلی وحشت داشت می‌گفت خیلی درد داشتم خیلی حیغ کشیده بود با این‌که ترسو نیستم." از یافته‌های به دست آمده چنین بر می‌آید که این تجربیات پایه‌هایی برای تصمیمات بعدی زن می‌باشد.

نگرانی از عوارض

"مثلاً شنیدم که اونهایی که دانشجو هستن می‌خوان زایمان یاد بگیرن اشتباهی به مئانه آدم دست می‌زنن باعث بی‌اختیاری ادرار می‌شه باعث پائین اومدن مئانه میشه. نمی‌دونم که میگن این جور عیبه‌ها رو هم داره زایمان طبیعی"

"همه هم‌ردیفی‌های من که زایمان طبیعی کرده بودند افتادگی رحم گرفته بودند. مادر من خودش الان

پشتش سریع بلند میشی خوب میشی اما این طوری حداقل باید ۱۲ روز بخوابی.

احساس مرگ و تنهایی

وقتی که می‌خواستم زایمان کنم کیسه آبم که ترکید می‌خواستم زایمان کنم همه پرستارها گفتن باید خودت کمک کنی من دیگه واقعاً داشتم می‌مردم اصلاً مرگ رو جلوی چشمم می‌دیدم آن موقع زور بزنی فشار بیاری از همه لحاظ باید خودت کمک کنی ... رفتم بیمارستان ... ولی سزارین کردم خیلی راحت شدم واقعاً راحت شدم.

شرکت کننده دیگری نیز اظهار داشت "من از بس که توی این سه روز آخر جیغ زدم مخصوصاً لحظات آخر، همه حنجره و صدام زخم شده بود. برای همین است که سزارین را خیلی بیشتر ترجیح میدم. هم طبیعی زایمان کردم و هم سزارین، با این که سزارین شدم میگم عمل‌های بعدیم را اصلاً ترس و اضطراب نداشتم، برای خودم غول نساخته بودم از اتاق عمل زایمان طبیعی خیلی دردناکه."

سلامت نوزاد

اضطراب بدون دلیل، شنیدن از دیگران که شامل اطرافیان یا پزشک معالج می‌باشد شنیدن از دور و بر به صورت شایعات و اغراق است به عنوان مثال شرکت کننده ای بیان می‌کند:

"طبیعی هم دیدم که گفتن گردن بچه کشیده شده یک همچین چیزهایی. خوب شاید به خاطر اینه که جاهایی میرن که زیاد معتبر نباشه، خوب این‌ها چیزهایی بود که تو این چند ماهه شنیدم این که یکدفعه بچه رو می‌کشن مثلاً ممکنه نخاع بچه قطع بشه یا مثلاً بچه کج و راست بشه یک همچنین حرف‌هایی به خاطر همین فکر کردم با سزارین بچه سالم‌تر در بیاد."

یا شرکت کننده هفتم بازگو کرد که: "فکر می‌کنم مشکلی برای بچه پیش بیاد که من متوجه نشم این فکر منو مشغول کرده دوست دارم به بارداریم خاتمه بدم. سزارین معمولاً ۳۸ هفته تموم می‌شه اما زایمان طبیعی ۴۱ هفته است خوب ۳ هفته زودتره دیگه.....".

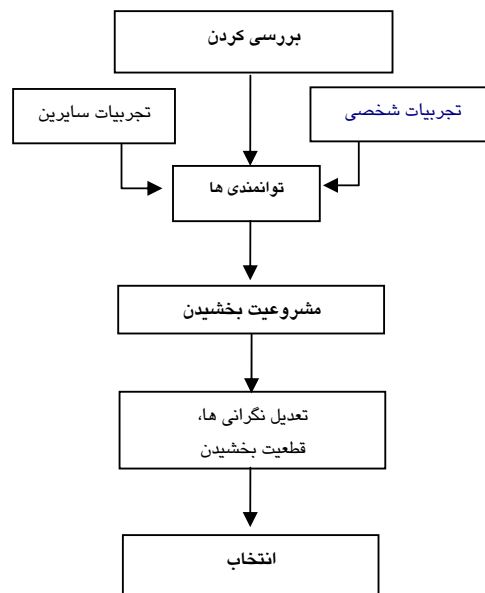
در جواب سؤال این که اطلاعات رو از کجا گرفته است؟ بیان کرد: "خوب دکترم گفته"

در ادامه سؤال شرکت کننده نام برده بیان کرد:

از ابتدا بارداری تصمیم قطعی داشتم زایمان طبیعی داشته باشم ولی الان که در ماه نهم هستم یعنی از ماه هفتم به بعد حرکت بچه کم شده کلاً بچه آرومیه الان که در ماه نهم هستم به دلشوره عجیبی افتادم چون میگن باید مواظب حرکت بچه باشم دیگه نمی‌تونم صبر کنم می‌ترسم مشکلی براش پیش بیاد اگه بخوام صبرکنم تا زایمان طبیعی کنم دیر می‌شه در نتیجه به فکر سزارین افتادم."

در مجموع کدهای "شنیدن و دیدن مزایا و مضرات زایمان طبیعی و سزارین، بیهوشی و ندیدن و نفهمیدن، ترسو بودن، ترس از درد، ترس از زایمان طبیعی، توانایی زایمان را نداشتن، ترسیدن از صدمه دیدن نوزاد، راحتی، اعتماد و بی‌اعتمادی به ماما و دکتر، تصمیم را به مادر سپردن، در حاملگی تصمیم نوع زایمان را گرفتن، مذهب و زایمان طبیعی، تحقیق کردن در مورد نوع زایمان، زایمان بی‌درد، سلامت بچه، تصمیم‌گیری برای زایمان بکرات در متن مصاحبه‌ها تکرار شدند. آنالیز مستمر داده‌ها همچنین نشان داد هرگاه زنان حق انتخاب برای نوع زایمان خود داشته باشند وارد فرآیند پویایی شده که بطور فعال برای افزایش آسایش شخصی خود در آن درگیر می‌شوند. این روند "ایجاد تعادل" به منظور اخذ بهترین تصمیم نامگذاری شد. این فرآیند در بردارنده سه

مرحله؛ بررسی کردن، توانمندی‌ها، مشروع ساختن، تعدیل نگرانی‌ها، قطعیت بخشیدن و انتخاب است (شکل ۱).



شکل ۱: پاسخ مشارکت کنندگان به موقعیت مورد مطالعه

به عبارتی یافته‌ها نشان داد، تصمیم زن برای انتخاب زایمان به روش سزارین از روند مبتنی بر تجربیات طول زندگی متابعت می‌نماید. تصمیم زنان در حال تغییر است. این اندیشه می‌تواند مربوط به دوران مجردی و قبل از ازدواج باشد و یا پس از ازدواج و قبل از بارداری. چه بسا این فکر با شروع حاملگی آغاز می‌شود و در طول حاملگی با دیدن و شنیدن و تجربه کردن تغییر می‌کند.

از داده‌ها چنین حاصل شد که آنچه که زنان خواهان آن می‌باشند آسایش خاطر و امنیت است. برداشت زن از سزارین و ایمنی بیشتر برای نوزاد می‌باشد. برای تصمیم‌گیری مزایا و مضرات دو روش زایمان را در کفه‌های ترازو می‌گذارند و با توجه به تجربیات قبلی

از درد، تجربیات و اطلاعات دیگران در نظر گرفتن سلامت نوزاد، و سلامت خود نتیجه به به نفع سزارین می‌شود. از سوی دیگر، احساس تنهایی حین زایمان، نداشتن کمک و این‌که تمامی بار زایمان را باید بر دوش کشیده و تحمل نمایند بازدارنده قوی برای انتخاب زایمان واژینال است. همچنین، آگاهی از وجود بیمارستان‌هایی با امکانات و تجهیزات مناسب، داشتن حامی و کادر مراقبتی ماهر و دلسوز و مورد اعتماد از عواملی است که نگاه زن را به زایمان واژینال مثبت می‌گرداند.

شهرت سزارین در جامعه، مقبولیت این امر در اطرافیان زن باردار، داشتن امکانات مادی برای پرداخت هزینه‌های عمل و یا بستری شدن در یک بیمارستان خوب، داشتن حق تصمیم، توانایی خود را سنجیدن، مزایا و معایب زایمان و سزارین را سبک و سنگین کردن همگی عوامل و شرایطی هستند که یک زن باردار با آن‌ها مواجه است و در نهایت تصمیم خود را قطعی می‌سازد.

بحث و نتیجه‌گیری

اگرچه زایمان طبیعی بهترین روش زایمان در اکثریت مواقع تشخیص داده می‌شود اما متأسفانه میزان آن به علت افزایش چشمگیر سزارین رو به کاهش می‌باشد. به عنوان مثال تحقیقی در شهر بابل نشان داد که میزان سزارین حدود ۴۶ درصد است و ۱۲ درصد آن ناشی از تمایل زنان به انجام سزارین صورت گرفته است.^(۱۵) یافته‌ها در مطالعه حاضر بیانگر این است که عمده‌ترین مضمون در روند تصمیم‌گیری برای سزارین ترس از ناشناخته‌ها می‌باشد. محققان در مطالعه‌ای نیز ۳۳ زن که به دلایل شخصی تقاضای سزارین داشته‌اند را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه پزشک

انجام سزارین را ضروری نمی‌دانست. علل تمایل زنان به سزارین در ۲۸ زن تجربیات قبلی زایمان و بیشتر ترس از درد سخت زایمان و همچنین سلامت بیشتر نوزاد از طریق سزارین بود.^(۱۶) Fisher در یافته‌های مطالعه خود ترس از زایمان را در دو بعد اجتماعی و شخصیتی تقسیم بندی نمود. وی ترس از ناشناخته‌ها را مانند شنیدن داستان‌های وحشتناک درباره زایمان و نگرانی در مورد سلامت نوزاد را به عنوان ترس اجتماعی و ترس از درد را مانند ترس از عدم کنترل حین زایمان و ناتوانی را ترس شخصیتی طبقه بندی نمود.^(۱۷) همچنین Saisto گزارش کرد که ۶ درصد همه زنان ترس از زایمان را دارند، که این امر باعث افزایش میزان سزارین تا حدود ۸ درصد تا ۲۲ درصد خواهد رسید.^(۱۸) همانند سایر مطالعات، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که زنان اطلاعات زیادی از گروه‌های پزشکی یا مطبوعات دریافت نمی‌کنند و اکثراً به اطلاعات خود و یا حداکثر به گفته‌های اطرافیان و دوستان و حتی شایعات در مورد عوارض و به خطر افتادن نوزاد اکتفا می‌کنند. این امر می‌تواند به دلیل کمبود پرسنل، تراکم مراجعه زنان و فرصت ناکافی جهت آموزش به تک تک زنان در سیستم مراقبتی دوران بارداری، در دفتر کار پزشکان و مراکز بهداشتی باشد. نتایج تحقیق حاضر با مطالعه ای که در ترکیه انجام شد، هم‌خوانی دارد به این معنی که زنان کشور ترکیه نیز از طریق شنیدن داستان‌های منفی از نزدیکان خود دچار نگرانی و تمایل به انجام سزارین می‌شوند.^(۱۹) به نظر می‌رسد برای کاهش شیوع سزارین و عوارض ناشی از عمل جراحی در مادران و نوزادان بایستی آگاهی زنان باردار را افزایش داد.

همان‌طور که Johnson, Beverly و Ryding در مطالعاتشان که در جوامع غربی در مورد ترس از انجام سزارین شده، هم‌خوانی دارد به این معنی که زنان کشور ترکیه نیز از طریق شنیدن داستان‌های منفی از نزدیکان خود دچار نگرانی و تمایل به انجام سزارین می‌شوند.^(۱۹) به نظر می‌رسد برای کاهش شیوع سزارین و عوارض ناشی از عمل جراحی در مادران و نوزادان بایستی آگاهی زنان باردار را افزایش داد.

مطالعه زمانی که از زنان سؤال می‌شد اگر به شما بگویند یک روشی هست که زایمان، بدون درد انجام خواهد شد آیا باز هم سزارین را انتخاب می‌کنید؟، جواب ایشان برای زایمان طبیعی مثبت بود. در پژوهشی محققان دریافتند زنانی که زایمان واژینال داشتند درد خود را با واژه‌های بسیار شدید، زجر آور، مرگ و وحشت و زنانی که تحت عمل سزارین قرار گرفتند ماهیت درد قبل از سزارین خود را شدید، مردن و زنده شدن توصیف کردند اما سزارین را به دلیل در خواب بسر بردن مادر و حس نکردن درد زایمان می‌دانستند. محققان در آن مطالعه پیشنهاد دادند که برای کنترل درد مددجویان، تنها شناخت

داشته باشد. در باز آموزشی‌ها، موضوعات مربوط به روش‌های بی‌دردی دارویی و غیردارویی نیز گنجانده شود. تیم کنترل درد در مراکز درمانی تشکیل داده شود تا ماماها و پزشکان ضمن آشنا شدن با روش‌های بی‌دردی، آن‌ها را نیز پذیرفته و به کاربندند. از آنجا که زنان نقل قول از اطرافیان و دیگران در مورد راحت‌تر بودن سزارین می‌کنند و تحت تأثیر گفته‌ها تصمیم می‌گیرند لذا باید ایشان را به آموزش‌های مهارت‌های زندگی سوق داد تا با مهارت‌های شناخت و حل مسئله بتوانند بهتر تصمیم بگیرند و تنها با چشم هم‌چشمی و تن سپردن به تصمیم دیگران، انتخاب نمایند. با توجه به توانایی‌های ماماها و کسب مهارت ایشان در امر آموزش و مشاوره، پیشنهاد می‌شود با به‌کارگیری ماماها در دفتر کار مامایی و یا همکاری با پزشک زنان و همچنین تخصیص مکان‌هایی در مراکز بهداشتی جهت آشنا نمودن زنان با فیزیولوژی زایمان، خانواده‌ها را آموزش دهند.

از آنجایی که یافته‌های حاضر محدود به بیمارستان‌های آموزشی می‌باشد که از نظر امکانات و پرسنل در حد نامطلوبی قرار دارند، بنابر این لازم است تا تجربه زنان در بیمارستان‌های خصوصی نیز بررسی شود و با نتایج مطالعه حاضر مقایسه گردد.

تقدیر و تشکر

با تشکر از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران که مطالعه حاضر را حمایت مالی نمودند. همچنین از سرکارخانم‌ها دکتر انسیه تهرانی نژاد، دکتر اشرفی، دکتر منصوره اشغلی فراهانی، لیلا نیسانی، مسئولین بیمارستان اکبرآبادی و تمامی مادرانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند سپاسگزاری می‌شود.

پاتوفیزیولوژی درد کافی نیست بلکه باید معنی آن را دریافت و خردمندانه در تعاملات بالینی تلفیق نمود.^(۲۴) بنابراین، در مورد موضوع مهم دردهای زایمانی و ایجاد بی‌دردی مناسب و انجام زایمان بی‌درد باید قدمی جدی برداشت که یکی از راه‌های مناسب برای افزایش تمایل زنان باردار به زایمان طبیعی خواهد بود. تسکین درد و کنترل کافی درد حق مسلم هر زائو است. اما کنترل ناکافی درد زایمانی به یک معضل بفرنج تبدیل شده است. مطالعه حاضر نشان داد که مهم‌ترین عامل، احساس ناتوان دیدن زن در برابر تحمل درد زایمان است. بی‌تردید ترویج زایمان ایمن می‌تواند یکی از موثرترین راهکارهای سوق دادن به سمت زایمان طبیعی باشد. اگر چه ایجاد مکانیسم‌های بی‌دردی به تنهایی مؤثر نمی‌باشد عدم اعتماد به نفس و نداشتن توانایی لازم نیز از عوامل بسیار مهمی است که می‌بایست مورد توجه قرار گیرد. باید به مادر آموزش داد، درد زایمان یک پدیده طبیعی خلقت است و باید با آن مبارزه کرد تکنیک‌هایی را آموخت که بتوان تحمل درد را افزایش داد لذا با اختصاص دادن چند جلسه آموزشی در برنامه‌های کنترل بارداری جهت زایمان ایمن و راحت در مراکز بهداشتی و مطب‌های خصوصی ماماها و پزشکان که ضمن آگاهی مادران باردار و همراهان آن‌ها اعتماد به نفس آن‌ها را نیز بیشتر خواهد نمود، از طرفی برگزاری کلاس‌های مستمر آماده‌سازی، نمایش فیلم و به‌ویژه طرح تجربیات موفق و نگرش مثبت به زایمان طبیعی سایر زنانی که زایمان طبیعی داشته‌اند، می‌تواند در وزین نمودن تجربیات عینی در برابر ذهنی و مشروعیت بخشیدن به نفع زایمان طبیعی و سوق دادن به سمت آن مفید باشد. باید شرایطی را فراهم نمود که همسر یا نزدیک‌ترین فرد همراه زائو در اتاق زایمان حضور

فهرست منابع

- 1- Villar J. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: The 2005 WHO global survey on maternal and prenatal health in Latin America. *Lancet*; 2006. 367(9525): 1819-29.
- 2- Carla Finger. Caesarean section rates skyrocket in Brazil. *The Lancet*. Available from: www.thelancet.com; 2003. Accessed 23 August, P.1-2.
- 3- McFarilin Barbara L. Elective Cesarean Birth: Issues and Ethics of an informed Decision. *J Mid Women Health*; 2004. 49(5): 421-29.
- 4- Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetriciaet Gynecologica Scandinavica*; 2003. 82: 201-208.
- 5- Osis MJD, Padua KS, Duarte GA. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *Int J G Obstet*; 2001. 75: 59-66.
- 6- Bahrami A. Salamat Iran healers parastari.com Hejamat .com Medel SNA HBI HIC EMS <http://www.iranhealers.com/modules.php?name=News&file=article&sid=1500;2007>. [about 1]. Persian
- 7- Betran AP, Merialdi M, Lauer JA, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Pediatric Perinatal Epidemiology*. 2007. 21, 98-113.
- 8- Cunningham F. Williams Obstetrics. Translated by Ghazi Jahani. Golban Publications; 2005. 22nd ed. 352.
- 9- Sheldon L. Grounded theory: issues for research in nursing. *Nursing Standard*; 1998. 12(52): 47-50.
- 10- Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing*; 3rd ed. Philadelphia: Lippincott. 2003. 38-39, 107-113.
- 11- Glaser B. *Doing grounded theory: Issues and discussion*, Sociology Press, Mill Valley, CA. 1998.
- 12- Kvale S. *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*, Sage; 1996. P.133-135.
- 13- Rubin H, Rubin I. *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*, California, Sage Publications, Inc; 1995.23.
- 14- Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research; techniques and procedures for developing grounded theory*. 2nd ed. Thousand oaks: Sage publication. 1998. P.57-237.
- 15- Faramarzi M. Survey prevalence and causes of cesarean in Babol Iran. *J Med Sciences of Babol*; 2001. 1:6-53. Persian
- 16- Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 1993. 12(4): 280-5.
- 17- Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social Science & Medicine*; 2006. 63: 64-75.
- 18- Saisto T, Risto K, Olavi Ylikorkala, Erja HalmesmaEki. Department Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain*; 2001. 93: 123-127.
- 19- Pinar Serc-ekus, Hulya Okumus. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey j. *Midw*. 2007. P.2-5.
- 20- Bewley S, Cockburn J. Responding to fear in childbirth. *The Lancet*; 2002. 359, 2128-2129.
- 21- Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG: An Int Obstet Gynaecol*; 2002. 109: 1213-1221.
- 22- Ryding E, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives counselling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scandinavica*; 2003. 82: 10-17.
- 23- Anderson ET. Health and disease prevention. *Nursing Outlook*; 1996. 10(5): 105-12.
- 24- Joybary L, Sanagoo A. The meaning of labor pain. National Pain Congress in Shahed Nursing, Tehran, Iran; 2002. Persian

The Process of Women's Decision Making for Selection of Cesarean Delivery

*Mansoureh JamshidiManesh¹ MSc *S.Fatemeh Oskouie² PhD
Leila Jouybary³ PhD Akram Sanagoo³ PhD

Abstract

Background and Aim: Although cesarean section has been considered as a way for reducing infant and mother mortality rate, it has been changed to a general dilemma, so that in Iran, cesarean rate is higher than World Health Organization standards. The aim of this study was to discover the process of decision making for selection of cesarean delivery by those who did not have indication for cesarean.

Material and Method: Twenty six pregnant women, experiencing the third trimester, were selected based on purposeful and theoretical sampling. For access to participants, the researcher referred to one teaching health care centers of Iran University of Medical Sciences and two private offices of gynecology in Tehran, Iran. The data were collected by semi-structured interviews. All data were audio taped and transcribed. Data collection and analysis was performed simultaneously. Constant comparative method was used to analyze data.

Results: The main categories were "fear due to not having knowledge", "being painless, and physical and spiritual peace" and "unpleasant experience of others and their encouragement", "being worry of complications", "inappropriate communication of health care staff", and "the feeling of loneliness and death", "infant's health". Constant analysis of data revealed that women get through for creation balance in order to receipt the best result, process of to consider, making a lawful and to choice.

Conclusion: Attentive to main theme that it is fear of labor and delivery is a physiology phenomenon. It is necessary to encourage methods for relieving pain and fear and for promoting self-esteem in order to make good decision by pregnant women. It is also important to encourage women for vaginal delivery.

Keywords: Cesarean- Viewpoint of women- Decision making process

Received: 25 Jun, 2007

Accepted: 2 Sep, 2008

¹ Senior Lecturer in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran (*Corresponding author) Email:Jamshidimanesh@yahoo.com

² Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Center for Nursing Care Research, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran (*Corresponding author)

³ Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences and Health Services, Gorgan, Iran.