

سزارین انتخابی

واکاوی تجربه‌ی زیسته‌ی

نمونه‌ای از زنان در شهر تهران

فاطمه جواهری*، زینب هاشمی خواه**

چکیده

در سال‌های اخیر، گرایش زنان ایرانی به وضع حمل از طریق سزارین به اندازه‌ای عمومیت یافته که این پدیده از سطح یک رفتار شخصی فراتر رفته و توجه پژوهشگران حوزه‌ی علوم اجتماعی را به خود جلب کرده است. در این نوشتار، برخی زمینه‌های مرتبط با شکل‌گیری گرایش زنان باردار به انجام دادن سزارین غیردرمانی و تجربه‌ی زیسته‌ی آنها در این خصوص تحلیل شده است. بدین منظور در چارچوب پارادایم تفسیری و با بهره‌گیری از روش کیفی با ۱۵ نفر از زنانی که در زمان تحقیق در بیمارستان لاله شهر تهران تحت عمل سزارین قرار گرفته بودند، مصاحبه شد. نتایج، بیانگر آن است که ترس از درد و عوارض زایمان طبیعی که در طول دوران بارداری توسط اطرافیان و پزشک معالج بر ساخته می‌شود، موجب می‌شود زنان باردار بدون ضرورت درمانی یا پزشکی خاصی سزارین غیردرمانی را انتخاب کنند. نکته‌ی مهم این است که پزشکی معالج هیچ یک از مشارکت‌کنندگان در تحقیق نسبت به آموزش‌هایی که زنان باردار را از نظر جسمانی و روانی برای زایمان طبیعی آماده سازد یا نسبت به آن مطلع سازد، راهنمایی نکرده‌اند. در مجموع به نظر می‌رسد، افزایش آگاهی درباره‌ی سودمندی و عوارض منفی هر دو نوع زایمان، بهبود کیفیت زایمان طبیعی، آشنایی با روش‌های جدید زایمان طبیعی مانند زایمان در آب و تحت پوشش بیمه‌های درمانی قرار گرفتن، توسعه‌ی فرهنگی طب سنتی و طب مکمل، ایجاد قواعدی برای نظارت بر سزارین‌های غیر درمانی و در نهایت توانمندشدن شناختی، شخصیتی و جسمانی زنان می‌تواند گرایش به سزارین را تعدیل کند.

واژگان کلیدی

زایمان زنان، سزارین، ترس، درد، پزشکی شدن، برساخت اجتماعی.

*- دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه خوارزمی (Javaherm@yahoo.com)

** - کارشناس ارشد جامعه‌شناسی (Zhashemikhan@yahoo.com)

تاریخ دریافت: ۹۵/۱/۱۶، تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۳۰

۱- مقدمه و بیان مسئله

زایمان یکی از پرچالش‌ترین رخدادهای زندگی یک زن متأهل است. این واقعه از جهت زیستی، روانی، ذهنی و اجتماعی دربردارنده پیامدهای مهمی است. در نتیجه‌ی رشد دانش بشر، این امکان فراهم آمده که در کنار زایمان طبیعی از روش سزارین - که یک نوع جراحی است - استفاده شود. ابداع روش سزارین تاکنون جان مادران و نوزادان زیادی را نجات داده و از عوارضی مانند تنگی لگن، چند قلوبی، دیابت شیرین، ناهنجاری‌های جنینی، نارسایی مزمن رحمی - جنینی چاره‌جویی کرده است (جعفری جاوید، ۱۳۸۰: ۹۹). مادامی که سزارین راه حلی برای حفظ سلامت مادر یا فرزند باشد، انجام دادن آن ضروری است، اما افزایش چشمگیر گرایش به سزارین‌های غیر درمانی، آن را از الزام برای بقا خارج ساخته و به یک ارزش مرجح تبدیل کرده است.

شایسته است به این نکته توجه شود که انجام دادن سزارین مانند هر عمل جراحی دیگر با عوارض جسمانی و هزینه‌های اقتصادی همراه است (داوری و همکاران، ۱۳۹۰: ۹۵۹). به همین دلیل، سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۵ اعلام کرد هیچ توجیهی برای هیچ منطقه‌ای از جهان وجود ندارد که شیوع سزارین آن بالاتر از ۱۵ درصد باشد. این درحالی است که در ایران در چند سال اخیر، ۶۵-۵۰ درصد زایمان‌ها به روش سزارین و عمده‌ی آن در شهرها و بیمارستان‌های خصوصی انجام شده است. در واقع، از هر دو زایمان یک مورد به روش سزارین انجام شده است (بیگی و همکاران، ۱۳۸۷: ۳۸). البته از منظر فردی می‌توان گفت، انتخاب سزارین بخش طبیعی اختیاری و فاعلیت یک زن است، اما از نگاه جامعه‌شناسانه همین انتخاب‌های فردی و شخصی زمانی که شتاب و عمومیت بسیاری یابند، می‌توانند منشأ تغییرات اجتماعی یا نشانه‌ی آن باشند؛ به ویژه آنکه «جامعه‌شناسی جدید عموماً نظرش بر این است که مطالعه‌ی دگرگونی اجتماعی، حتی در سطح جامعه‌شناختی کلان معقول نیست، مگر آنکه تحلیل را به سطح ساده‌ترین کارگزاران یا بازیگران اجتماعی که نظام وابستگی متقابل مورد توجه جامعه‌شناس را تشکیل می‌دهند، تنزل داد» (بودون، ۱۳۸۳: ۱۴۲).

از این رو لازم است، شرایط دخیل بر نگرش و گرایش زنان در این مورد مشخص شود. اطلاعات حاصل از این طریق، آگاهی ما را نسبت به تحولات ارزشی زنان جامعه، جهان زیست آنها و مدیریت آنها بر بدن‌هایشان افزایش خواهد داد. نوشتار حاضر کوشیده تا موضوعات زیر را تحلیل کند:

۱. شناسایی فرایند تصمیم‌گیری درباره‌ی انتخاب زایمان سزارین

۲. بررسی رضایت زنان از انتخاب روش سزارین.

در سال‌های اخیر، در موضوع عمل سزارین تحقیقات متعددی انجام شده است؛ برای مثال تحقیق بیگی و همکاران در مورد ۲۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دولتی و

خصوصی شهر شیراز نشان داد که سن، قد، وضعیت اجتماعی اقتصادی بهتر، اول زایی، پذیرش در بیمارستان‌های خصوصی، سابقه‌ی نازایی، سابقه‌ی سزارین قبلی و نمایش بریج، با انتخاب سزارین ارتباط معنی‌داری داشته است. در مدل نهایی مهم‌ترین عوامل مؤثر در سزارین شامل سابقه‌ی سزارین قبلی، سن بیش از ۳۵ سال و تحصیلات بالاتر بوده است (بیگی و همکاران، ۱۳۸۷). تحقیق قاسمی با عنوان «فراوانی و علل سزارین» در استان یزد نشان داد که ۴۴/۵ درصد کل زایمان‌های آن استان به روش سزارین انجام شده و تقریباً سه چهارم آنها غیر اضطراری بوده است. در سزارین‌های غیر اورژانسی شایع‌ترین علت، تجربه‌ی سزارین قبلی بوده و در سزارین‌های اورژانسی اغلب سندرم دیسترس جنین مؤثر بوده است (قاسمی، ۱۳۸۸). ودادهیر و همکارانش در پژوهش خود نشان دادند که فرزندآوری به روش سزارین، یک پدیده‌ی صرفاً زیستی و مرتبط با ضرورت‌های پزشکی نیست بلکه در فضای فرهنگی جامعه و مبتنی بر دلالت‌های اجتماعی، فرهنگی و سیاسی و نگرش القاء شده از سوی آنها شکل گرفته است (ودادهیر و همکاران، ۱۳۸۹). موحد و همکارانش از خلال مصاحبه با ۶۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر شیراز متوجه شدند که ۴۷ درصد از آنها داوطلبانه سزارین را انتخاب کرده بودند (موحد و همکاران، ۱۳۹۱). همان‌طور که ملاحظه می‌شود در ارتباط با موضوع سزارین، پژوهش‌های اندکی انجام شده است. نویسندگان مقاله کوشیده‌اند با الهام از پژوهش‌های قبلی، لایه‌های مختلف ذهن زانی که عمل سزارین انجام داده‌اند را بکاوند و تحلیل کنند.

۲- چارچوب مفهومی پژوهش

بر اساس دیدگاه سازه‌گرایان، تصمیم‌گیری در مورد شیوه‌ی زایمان تحت تأثیر تعامل با دیگران و در جریان گفت‌وگو با آنها بر ساخته می‌شود. بر این اساس باید گفت: «معانی و ویژگی‌های جهان ما پیامد فعالیت عملی انسان هستند. مسائل در خودآگاهی ما یک باره پیدا نمی‌شوند. با نامیدن آنها، ما به آنها معنا می‌دهیم. این دیدگاه ما را بر آن می‌دارد که کاربرد تعمیم‌های بدیهی مانند سیاست‌ها، رسانه‌ها و قدرت را متوقف ساخته و در عوض از جزئیات دقیق‌تری سخن بگوییم، مبنی بر اینکه کدام افراد برای شکل دادن به جهان ما چه کاری انجام دادند و در کجا این کار را انجام دادند؟» (لوزیک، ۱۳۸۳: ۲۶۱ و ۲۶۲). بنابراین برای شناسایی زمینه‌ها و دلایل انتخاب روش سزارین، باید فرایند بر ساخته شدن آن از خلال شبکه‌ی ارتباطات زنان باردار بررسی شود. در شکل غیر رسمی چنین است که خویشاوندان، دوستان و آشنایانی که در شبکه‌ی روابط اجتماعی زن باردار قرار دارند تجربیات خود در مورد شیوه‌ی زایمان را به وی منتقل می‌کنند و با نسبت دادن انواعی از معانی مثبت و منفی به زایمان طبیعی و سزارین در جهت‌یابی فرد اثر می‌گذارند.

از سوی دیگر، توصیه‌ی پزشک در تعیین روش زایمان نقش مهمی دارد. البته تأثیرپذیری زنان باردار از گفته‌ها و قضاوت‌های دیگران به میزان آگاهی‌های عمومی و سواد بهداشتی آنها، نوع شخصیتشان و میزان اعتمادشان به پزشک و چارچوب ارتباط پزشک- بیمار بستگی دارد. به هر میزان که بر عاملیت فرد افزوده شود، از میزان تأثیرپذیری او کاسته می‌شود.

استوارت و روتر بر اساس میزان قدرت و نظارتی که در رابطه‌ی پزشک و بیمار اعمال می‌شود، سه نوع رابطه‌ی پدرمآبانه، رابطه‌ی متقابل و رابطه‌ی مصرف‌گرایانه را تفکیک کرده‌اند (استوارت و روتر، ۱۹۸۹). امانوئل و امانوئل مدل‌های پدرمآبانه، اطلاعاتی، تفسیری و مشورتی را مطرح کرده‌اند (آرمسترانگ، ۱۳۷۲: ۱۴۳ به نقل از امانوئل و امانوئل، ۱۹۹۲). هابرماس نیز به رابطه‌ی پزشک - بیمار توجه دارد. وی «گزاره‌هایی مانند من پزشک هستم، من بهتر می‌دانم» را نشانه‌ی یک رابطه‌ی پدرسالارانه می‌داند. از نظر وی، آسیب‌های مربوط به کنش مفاهمه‌ای نتیجه‌ی اختلاط میان کنش‌های معطوف به درک و کنش‌های معطوف به موفقیت است. افزون بر این، گونه‌هایی از کنش راهبردی پنهان می‌تواند متضمن فریب آگاهانه و ناآگاهانه باشد. در فریب آگاهانه، دست کم یکی از مشارکت‌کنندگان با نوعی جهت‌گیری معطوف به موفقیت عمل می‌کند، ولی می‌گذارد دیگری (یا دیگران) فکر کنند تمام شرایط لازم و کافی برای کنش مفاهمه‌ای برآورده شده است (آرمسترانگ، ۱۳۷۲: ۱۴۴).

امروزه، در اثر فرایند پزشکی شدن جامعه، تفسیر پزشکی مقبولیت زیادی دارد. پزشکی شدن فرایندی اجتماعی- فرهنگی است که به موجب آن وقایع غیر پزشکی با عناوینی چون ناخوشی یا اختلال نام‌گذاری، تعریف و درمان می‌شود (Raphael & et al, 2006: 40)؛ برای مثال پزشک می‌تواند درد زایمان را به گونه‌ای برساخته سازد که از سوی فرد مقابل یک امر ترس‌آور قلمداد شود، زیرا ادراک از درد و شیوه‌ی مواجهه با آن در اصل، تجربه‌ای اجتماعی است. حیدرپور و همکارانش با مطالعه نمونه‌ای از زنان نخست‌زا به این نتیجه رسیدند که شدت درد، ترس و اضطراب مربوط به زایمان طبیعی در بین زنان ترک، کرد و فارس متفاوت است (حیدرپور و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۳۰-۲۳۳). این بدان معناست که درک شدت درد زایمان تحت تأثیر عوامل متعدد فرهنگی، اجتماعی، محیطی و روان‌شناسی قرار دارد؛ برای مثال در فرهنگ اسلامی درد زایمان یک درد مقدس تلقی می‌شود و آن را عامل تطهیر از گناه می‌دانند. در روایتی از پیامبر اسلام (ص) آمده است: «... خداوند متعال هنگام وضع حمل آنقدر به مادر پاداش می‌دهد که هیچ کس حد آن را از عظمت نمی‌داند» (حرعاملی، ۱۳۶۴: ۱۷۵). در فرهنگ غرب نیز چنین اشاراتی وجود دارد از جمله گاسکین، هر تولد را یک تجربه‌ی معنوی می‌نامد (گاسکین، ۲۰۰۲). انگلد و همکاران نیز معنویت را عاملی ضروری برای آمادگی زایمان می‌دانند (خدابخشی کولایی و همکاران، ۱۳۹۲ به نقل

از انگلد و همکاران، ۱۹۹۸). تایلور در کتاب یادداشت‌های مامایی می‌نویسد: «در اثر زایمان، زن از یک سطح معنوی به سطح بالاتری از خود آگاهی ارتقاء پیدا می‌کند» (خدابخشی کولایی و همکاران، ۱۳۹۲ به نقل از تایلور، ۲۰۰۲).

روان‌شناسان نیز بر این باورند که واکنش در برابر درد امری آموختنی و کنترل‌پذیر است. «از نظر دیک رید ترس باعث افزایش ادراک از درد می‌شود. در پاسخ به افزایش درد، بدن اندروفین ترشح می‌کند. با ترشح اندروفین گیرنده‌های درد مهار شده و درد تخفیف می‌یابد. به زعم وی، اگر زنان بتوانند از ترس خود بکاهند، دردشان کمتر می‌شود یا به کل تسکین می‌یابد» (بربی، ۱۳۸۱: ۴۴). به این دلیل گفته می‌شود که اگر ماماها به موقع نسبت به شدت یافتن ترس از زایمان توجه نشان دهند، زن باردار در لحظه‌ی زایمان با سنگینی ترس و استرس روبه‌رو نخواهد شد (Salomonsson, 2011: 153).

البته درد تنها منبع برای ترس زن باردار نیست، بلکه برخی عوارض ناشی از زایمان طبیعی مانند گشادی واژن، تغییر فرم بدن، پیش‌بینی ناپذیر بودن زمان زایمان طبیعی، تولد دیررس کودک و مرگ جنین در داخل رحم، افتادگی مثانه و امثال آن صرف‌نظر از اینکه واقعیت داشته باشد یا خیر ایجاد هراس می‌کند. نظریه پردازان طرفدار حقوق زنان، آنها را قربانیان هنجارهای زیبایی و ایدئولوژی می‌دانند که حاصل تحمیل‌گری‌های مردانه و بازتولید مستقیم جنسی است. کاکرهام نیز به ریشه‌های مابعد ساختارگرایی، نظریه‌ی فمینیستی در عرصه‌های جامعه‌شناسی پزشکی به ویژه در ارتباط با روایت‌های ساختارگرایانه‌ی اجتماعی آن از بدن زنانه و تنظیم یا قاعده سازی بدن زن توسط مردان اشاره دارد (احمدنیا، ۱۳۸۴: ۱۴۳-۱۳۲). در دنیای امروز، رسانه‌های جمعی یکی از عواملی هستند که معیارهای زیبایی و تناسب اندام زنانه را تعریف و ترویج می‌کنند. مجموعه عوامل یاد شده، گرایش به انتخاب سزارین غیردرمانی را افزایش می‌دهد.

۳- ملاحظات روش شناختی

از آنجا که هدف پژوهش حاضر کشف شیوه‌ی برساخته شدن سزارین نزد زنان باردار است، روش کیفی در مقایسه با روش کمی شیوه‌ی مناسب‌تری است، زیرا اجازه می‌دهد محقق تنوع معانی ذهنی و اجتماعی کنشگران را شناسایی کند. مطالعه‌ی حاضر، ذیل پارادایم برساختی-تفسیری با رویکرد پدیدار شناختی است. اتخاذ این موضع ناشی از انطباق ماهیت موضوع با مواضع هستی‌شناسانه و معرفت‌شناسانه مندرج در پارادایم تفسیری و منطقی پدیدارشناختی است. روش پدیدارشناسی کمک می‌کند که پژوهشگر اجتماعی بتواند عقاید و اعمال هر روزی را که عادی و بدیهی پنداشته می‌شوند، دریابد و مدون کند تا به فهم کنش‌ها نائل شود (بلیکی، ۱۳۹۲: ۱۵۵).

پدیدار شناسی انجام شده مبتنی بر رهیافت مستقیم است. در رهیافت مستقیم محقق از منظر افرادی که با آن پدیده زندگی می‌کند به آن می‌نگرد و از مشارکت کنندگان خواسته می‌شود که سازه‌های ذهنی خود را از طریق تفسیر و بیان دوباره‌ی آنها به سازه‌ای عینی تبدیل کنند (ایمان، ۱۳۸۸: ۲۸۴ به نقل از ادوارد، ۲۰۰۳).

بر این اساس، تجربه‌ی ذهنی مشارکت کنندگان در مورد مراحل مختلف مواجهه با امر زایمان بررسی شد و سازه‌های ذهنی آنها از طریق تفسیر و بیان دوباره به سازه‌ای عینی تبدیل شد و به این ترتیب برساخته شدن تمایل به سزارین به تصویر کشیده شد.

مشارکت کنندگان در این تحقیق، زنانی هستند که در سال ۱۳۹۳ در بیمارستان خصوصی لاله^۱ شهر تهران تحت عمل سزارین قرار گرفته بودند. بر اساس نمونه‌گیری هدفمند با ۱۵ نفر از آنها در حدود ۹۰-۴۰ دقیقه مصاحبه شد. سپس، تمامی مصاحبه‌ها در نرم‌افزار اطلس کدگذاری، مضمون سازی و شمارش شد. داده‌ها با استفاده از روش شش مرحله‌ای اسمیت^۲، به شرح زیر تجزیه و تحلیل شد: ۱- ابتدا فایل صوتی هر مصاحبه مورد توجه قرار گرفت تا تمرکز کامل بر نظرات مشارکت کنندگان ایجاد شود.

۲- مطالب مهم و مرتبط با موضوع یادداشت برداری شد. به پیروی از سنت روش پدیدار شناختی یادداشت برداری مطابق لحن و گفتار مشارکت کننده و به زبان عامیانه آورده شده است. ۳- ضمن تلاش برای کاهش حجم جزئیات (شامل متن‌های مصاحبه) و همچنین برای ترسیم روابط درونی و الگوهای موجود در متن مصاحبه‌ها، مباحث مصاحبه‌ها تحت مضامین مستقلی جداگانه جمع شد، به طوری که هر مضمون، هم برگرفته از مضامین پیشین است و هم مضامین ساختگی که خود محقق آنها را ایجاد کرده است.

۴- برای اتصال و ارتباط مضامین به کار گرفته شده، یک مقوله‌ی گسترده‌تر که از دل مضامین ساخته شده شکل گرفته بود، استخراج شد.

۵- سپس در مورد هر مشارکت کننده و مصاحبه بر همین اساس عمل شد.

۶- با توجه به جداول حاصل از تحلیل نمونه‌ها و تأمل در تعدد مضامین در متن گفت‌وگوها، الگویی جامع ارائه شد.

مراحل طی شده در بردارنده‌ی فرایندی از داده‌های خاص به داده‌های عمومی و از داده‌های توصیفی به داده‌های تفسیری است. در مجموع تجربه‌ی زنان در زایمان سزارین، در قالب ۱۶

۱- انتخاب بیمارستان لاله به دلیل موافقت مسئولان ذی‌ربط برای انجام دادن مصاحبه با زنان وضع حمل کرده بود.

مقوله و ۴۱ مضمون اصلی سازمان داده شد.^۱

۴- یافته‌های پژوهش

در جدول شماره‌ی ۱ مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان در تحقیق گزارش شده است.

جدول ۱. مشخصات مصاحبه‌شوندگان

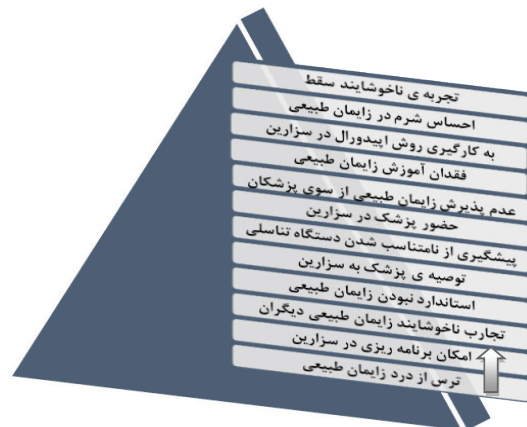
مشارکت‌کنندگان	سن	سطح تحصیلات	وضعیت اشتغال
مریم	۲۹	لیسانس	مربی پیش دبستان
شیرین	۲۹	فوق دیپلم	خانه‌دار
فاطمه	۲۶	دیپلم	خانه‌دار
آتنا	۲۷	دیپلم	خانه‌دار
پریسا	۲۹	لیسانس	کارمند بخش خصوصی
سحر	۲۹	فوق دیپلم	خانه‌دار
آگاهه	۳۰	لیسانس	خانه‌دار
آتیللا	۳۳	لیسانس	کارمند
سودابه	۲۹	دیپلم	خانه‌دار
معصومه	۳۱	لیسانس	ماما
آزاده	۳۲	فوق لیسانس	شاغل
لیلا	۳۰	فوق لیسانس	دبیر
صبا	۳۱	لیسانس	خانه‌دار
مهسا	۲۲	دیپلم	خانه‌دار
ریما	۳۷	لیسانس	کارمند

۱- تعداد مقولات ارائه شده در این مقاله نسبت به آنچه در نسخه‌ی اصلی آمده، کمتر است.

۴-۱- دلایل انتخاب سزارین

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که مصاحبه‌شوندگان بر چه اساسی سزارین را انتخاب کرده‌اند.

تصویر ۱. دلایل انتخاب سزارین به ترتیب تعدد تکرار از پایین به بالا



دلایل انتخاب سزارین در این تحقیق را می‌توان به چند دسته تقسیم کرد:

الف- نگرش منفی به زایمان طبیعی که شامل مواردی مانند ترس از درد، استاندارد نبودن زایمان طبیعی و احساس شرم است.

ب- نگرش مثبت به سزارین که شامل پیش‌بینی پذیری آن، پیشگیری از بهم ریختگی فرم بدن، به کارگیری روش‌های پیشرفته‌ی علمی، امکان حضور پزشک در حین عمل سزارین و تأیید و تشویق پزشک معالج است.

موارد یاد شده با مطالب مندرج در بخش چارچوب مفهومی قرابت زیادی دارد و همه‌ی آنها از خلال گفت‌وگو با دیگران مهم و انتقال تجربه‌ی آنها و یا توصیه و تجویز پزشک به زن باردار منتقل شده و برای او بر ساخته شده است.

در مرحله‌ی بعد، تحلیل یافته‌ها بر اساس کشف مقوله‌های مشترک در میان نمونه‌ها انجام شده است که از آنها به عنوان عوامل مؤثر در انتخاب زایمان سزارین یاد می‌شود. تفسیر داده‌ها سطوح مختلفی را در بر می‌گیرد.

جدول ۲. مقوله‌ها و مضامین اصلی در زایمان سزارین

مقوله‌ها	مضامین اصلی
منابع اطلاعاتی	<ul style="list-style-type: none"> - میزان منابع اطلاعاتی و کنکاش در آن - توصیه‌های غالب و ادله‌ها - گروه مرجع - اطلاعات متناقض و دو راهی انتخاب
آموختن از تجربه‌ی دیگران	<ul style="list-style-type: none"> - ارزیابی اطرافیان از شیوه‌ی زایمانشان - رواج سزارین در جامعه - دستاورد علمی مدرن - تغییر سبک زندگی
اعتماد به پزشک	<ul style="list-style-type: none"> - گروه استنادی - قلمرو پزشکی - موقعیت حرفه‌ای - تفویض تصمیم‌گیری
تفسیر منفی از درد زایمان	<ul style="list-style-type: none"> - ترس از درد - تقدس درد - استقبال از زایمان بی‌درد
اهمیت شکل و زیبایی بدن	<ul style="list-style-type: none"> - تصور از شکل و زیبایی بدن
تأثیر مثبت حضور همسر	<ul style="list-style-type: none"> - رضایت از زندگی - همراهی همسر
بیش‌بینی پذیری	<ul style="list-style-type: none"> - اهمیت مدیریت زمان در سزارین
تسهیلات زمینه‌ای	<ul style="list-style-type: none"> - رضایت از وضعیت بیمارستان - فرصت‌های مادی
تفسیر تجربه‌ی سزارین	<ul style="list-style-type: none"> - رضایت از انتخاب سزارین - امکان انتخاب سزارین برای دفعات بعد

۴-۲- منابع اطلاعاتی

در این مقوله به این نکته پرداخته شده که مادران برای انتخاب نوع زایمان خود چه میزان تحقیق و تفحص انجام داده‌اند و در این باره از چه منابع اطلاعاتی استفاده کرده‌اند. بیشتر مادران مصاحبه شده، تلاشی نسبی داشته‌اند تا از طریق گفت‌وگو با اطرافیان، مطالعه‌ی کتاب، اینترنت و مشاوره با پزشکان آگاهی خود را درباره‌ی بارداری و زایمانشان افزایش دهند؛ برای مثال فاطمه گفته است: «تحقیق کردم، فهمیدم فرقی نمیکند، زایمان طبیعی اولش درد داره و سزارین آخرش، می‌دونستم که در زایمان طبیعی بچه خیلی کامل‌تر میشه، اما آدم افتادگی مثانه پیدا میکنه، زیبایی بدن از بین میره، ولی سزارین این مشکلات را نداشت، کلاً جفتش ضرر و مزیتش ۵۰ - ۵۰ بود، فقط شاید طبیعی دردی که حالا دارم نداشت. آگه بتونی درد اولیه رو تحمل کنی، خیلی‌ها می‌گفتند طبیعی آدمو به هم میریزه، به درد نمیخوره، خوب نیست. دکترم بهم گفت تو ایران طبیعی عوارض داره. از اینترنت خوندم یکی میگفت طبیعی خوبه یکی میگفت سزارین، هر کی به چیزی میگفت».

سحر نیز که زایمان طبیعی را در ایران استاندارد نمی‌داند و در این مورد خبرهای ناگواری را شنیده، می‌گوید: «از چند دکتر پرسیدم، از افرادی که دور و اطرافم زایمان کرده بودند، از اول سزارین می‌خواستم همین هم به من پیشنهاد شده بود، به خاطر شرایطم چون جفت پایین بود دکتر اصلاً طبیعی رو پیشنهاد نکرد. اکثر اطرافیان کسانی که تجربه کردن و قبولشون داشتم پیش دو سه تا پزشک هم که رفتم همه سزارین را تأیید می‌کردند. این طور نبود که طبیعی رو رد کنند اما نگرانی‌شون این بود که در کشور ما طبیعی در نظم و قاعده‌ی خودش انجام نمیشه، از چیزهایی که شنیدم و دیدم فکر می‌کنم مشکلات طبیعی بیشتر از سزارین باشه. ۹۰ درصد به خاطر استاندارد نبودن طبیعی اونو انتخاب نکردم. خوب رسیدگی نمیشه، برخورد دکترها بد است، چونکه همه رو دیدن براشون عادی شده درست برخورد نمی‌کنن. مثلاً می‌گویند خانم چته، چرا اینجوری میکنی الان می‌زایی راحت میشی، این مدلی! بعدم مشکلاتی که برای بچه پیش اومده سرگیر کرده تا دکتر برسه و از این جور چیزا. که خیلی شنیدم، من حتی در مورد زایمان درآب تحقیق کردم، میگفتن اینجا مثل اروپا نیست فکر کنی کیفیتش همون جوریه، آنجا پدر حضور داره، اینجا نمیگذارن باشه، اونجا مشکل پیش نیاد ولی اینجا هزار تا مشکل پیش میاد، مثلاً موقعی که بچه تو آبه نمی‌دونن چطور درست از آب در آرن تا مشکل پیش نیاد، علمشو هنوز ندارن!»

۴-۳- آموختن از تجربه دیگران

یکی از اهداف این مطالعه، شناسایی نگرش اطرافیان پاسخ‌گو نسبت به زایمان طبیعی و عمل سزارین بوده است. به این منظور از پاسخ‌گویان سؤال شد که اطرافیان شما معمولاً با چه روشی زایمان کرده‌اند؟ اصولاً دیگری مهم هر فرد در انتخاب و عمل آن فرد تأثیر دارد. این امر در نمونه‌ی تحقیق این پژوهش نیز صدق می‌کند. مریم می‌گوید: «اطرافیان من بیشتر سزارین کرده

بودند راضی هم بودند، فقط دختر عمویم طبیعی زایمان کرده بود، با اینکه دوتا زایمان کرده بود و بچه هاشم درشت بودن و خیلی سخت زایمان کرده بود راضی بود به من میگفت اشتباه نکن طبیعی یه چیز دیگه است. اما حرف‌های او روی من تأثیر نگذاشت. من انتخاب خودم را کرده بودم. فراگیر شدن سزارین در جامعه در انتخاب من بی‌اثر نبود، ولی اگه تو ذهنمون بود که جز زایمان طبیعی راه دیگری نیست اصلاً به سزارین فکر نمی‌کردم. اما چون غالب شده در ذهن منم تأثیر گذاشته».

۴-۴- اعتماد به پزشک

تجویز پزشک تأثیر بسزایی در انتخاب روش زایمان دارد. از آنجا که نظر و پیشنهاد پزشک معتبر و مطمئن است، توصیه‌ی او موجب تبعیت و اطاعت می‌شود. بعضی از مشارکت‌کنندگان اشاره داشتند که پزشک آنها تنها زایمان سزارین انجام می‌دهد و تنها این نوع زایمان را به مریض خود پیشنهاد می‌دهند و یا زن باردار درخواست سزارین کرده و پزشک هم بدون هیچ ممانعتی پذیرفته است. آنها اشاره کردند که به پزشک خود اعتماد کامل دارند و حتی اگر پزشک زایمان طبیعی را به آنها توصیه می‌کرد احتمال پذیرفتن آن را می‌دادند و یا به گفته‌ی خودشان بیشتر به آن فکر می‌کردند شیرین در این خصوص می‌گوید: «پزشک من نظرش کاملاً سزارین بود. اون اصلاً طبیعی کار نمیکند، دلیل نیارورد منم ازش دلیل نخواستم. وقتی دکتر من برای زایمان خودش، روش طبیعی رو انتخاب نکرده حتماً دلیلی داشته. من چشم بسته به دکترم اعتماد داشتم، چند ساله مریضم و همه جوهره رضایت داشتم، اطرافیان هم که مریض این دکتر بودند خیلی رضایت داشتند. با اطمینانی که به او دارم اگر می‌گفت طبیعی زایمان بشوم شاید بیشتر بهش فکر می‌کردم. اما این دکتر فقط با روش سزارین کار می‌کند». مریم می‌گوید: «به نظر من اگه پزشک‌ها تشخیص می‌دادند و ما مسئولیتی نداشتیم خیلی بهتر بود. این حق انتخاب نباید به مادر داده بشود. اگر فقط باید زایمان طبیعی می‌کردیم من آن را انجام می‌دادم و از همان اول خودم را آماده می‌کردم».

در این میان معصومه که مامای همان بیمارستان بود، فضا را به ترتیب زیر توصیف می‌کند: «ما دکترامون الان دیگه اصلاً حوصله‌ی زایمان طبیعی ندارن. سزارین هم راحت‌تره هم وقتشون کمتر گرفته میشه، هم اون یه روزو که میخواد بگذاره برای زایمان طبیعی میتونه پنج شش تا سزارین بگیره هم تو هزینه فرق میکنه هم راحت‌تره».

پزشکانی نیز با اشتیاق مراجعه‌کنندگان خود را به زایمان طبیعی تشویق می‌کنند؛ برای مثال پریسا می‌گوید: «پزشک خودم خیلی تأکید داشت بر طبیعی و من خیلی بهش اعتماد داشتم، وقتی گفتم طبیعی میخوام زایمان کنم، گفت من از خدایم مریضام طبیعی زایمان کنن. اما در نهایت به خاطر کوچکی لگنم نشد طبیعی زایمان کنم».

در مواردی هم برخی از پزشکان با اینکه، توصیه به زایمان طبیعی داشته‌اند، اما در واکنش ترس مادر نه تنها حمایت روحی نکرده، بلکه با تعاریف خود از سختی زایمان طبیعی ترس مضاعفی را به مادر انتقال داده‌اند، به طوری که آنها را در انتخاب زایمان سزارین مصمم‌تر کرده‌اند. آزاده در مورد راهنمایی‌های پزشک خود می‌گوید: «دکترم گفت طبیعی بهتره، ولی چونکه کار سختیه اولین شرط اینه که باید خودت بخوای هیچکس نباید بهت اصرار کنه باید بهش اعتقاد داشته باشی چونکه اگه پشیمون بشی دیگه تایم سزارین هم گذشته بیشتر بهت سخت می‌گذره این شد که به عهده‌ی خودم گذاشت منم با این حرف دیگه مطمئن شدم سزارین انجام بدم».

بعضی از پزشکان زایمان طبیعی را اولویت قرار می‌دهند و بر آن تأکید دارند، اما توضیحی برای مراجعه کننده ارائه نمی‌دهند؛ برای مثال آگاه می‌گوید: «من پیش یه دکتر رفتم گفتن کلاً کارش طبیعی هست اصلاً سزارین نمیکنه اون دکتر اصلاً به من درست جواب نداد من کلاً چونکه زیاد استرس دارم خیلی سؤال می‌پرسم. من سه تا دکتر عوض کردم ولی اصلاً جواب سؤالامو که نمی‌دادن هیچ، درست هم توضیح نمی‌دادن از دکتری که بگه من فقط زایمان طبیعی را انجام می‌دهم خوشم نمی‌آمد من هم اوادم اینجا دکترم گفت به خودت بستگی داره».

بعضی مشارکت کنندگان معتقدند استقلال مطلق صحیح نیست و پزشک باید بر اساس صلاح‌دید علمی خود اقدام کند. در این خصوص مریم که به گفته‌ی خودش ترس بزرگترین عامل برای انتخاب سزارینش بوده می‌گوید: «به نظر من اگه پزشک‌ها تشخیص می‌دادند و ما مسئولیتی نداشتیم خیلی بهتر بود. این حق انتخاب نباید به مادر داده بشود. اگر فقط باید زایمان طبیعی می‌کردیم من آن را انجام می‌دادم و از همان اول خودم را آماده می‌کردم».

۴-۵- تفسیر منفی از درد زایمان

در این قسمت نظر پاسخ‌گویان درباره‌ی درد زایمان تشریح شده است. بیشتر مادران مشارکت کننده در این تحقیق، درد زایمان را وحشتناک و تحمل‌ناپذیر توصیف می‌کردند و از آن هراس زیادی داشتند. آتیلا تصور خود را به ترتیب بیان کرد: «از دردش خیلی می‌ترسیدم، مادرم هم سزارین شده بود، از بچگی از زایمان طبیعی خیلی چیزای بد شنیدم. به خاطر همین من اگه دختردار بشوم از سزارین بد نمی‌گم».

آتنا می‌گوید: «خیلی می‌ترسیدم. دلیل اصلی انتخاب سزارین هم ترس از درد بود، فکر می‌کردم خیلی درد وحشتناکيه. من در کل کمی لوس هستم، آستانه‌ی دردم خیلی پایین هست، همیشه وحشتناک‌ترین درد برام درد زایمان بود، فکر می‌کردم اگر طبیعی بزام سر زامیرم، احساس می‌کنم اگه زایمانم طبیعی بود اون لحظه که بچه رو میکشیدن بیرون اینقدر درد کشیده بودم که اون حس مادرانه که همیشه منتظرش بودم را نداشتم، ولی الان من بی‌هوشی موضعی بودم همون لحظه که بچه به دنیا اومد به هوش بودم، دیدمش، رو سینم گذاشتن و

حسش کردم من فکر می‌کنم کل قشنگی زایمان طبیعی به همین یه تیکشه که خوب اینم در اپیدورال هست». در ادامه‌ی گفت‌وگو، نگرش مشارکت‌کنندگان در تحقیق درباره‌ی تقدس درد زایمان بررسی شد. هدف این بود که مشخص شود، اندیشه‌ی تقدس درد زایمان انقدر اهمیت داشت که مانع انتخاب سزارین شود؟ معصومه در خصوص تقدس درد می‌گوید: «آره بابا هر کس اون درد را بکشه گناهاش پاک میشه، اما بین این تو حرف راحتی ولی تو عمل نه».

آخرین مضمون از این مقوله، استقبال از روش‌هایی است که درد زایمان را تخفیف می‌دهد. از بین ۱۵ نفر مشارکت‌کننده ۱۰ نفر از آنها زایمان در آب را به عنوان نوعی از زایمان بی‌درد مناسب می‌دانستند و خواهان گسترش آن بودند. سودابه که وحشت زیادی از درد زایمان داشت، اظهار کرد: «اگر زایمان طبیعی درد نداشت یا اگر زایمان در آب بود آن را انتخاب می‌کردم، اما گفتند در تهران فقط یک بیمارستان هست که زایمان در آب داره اونم خیلی هزینه اش زیاد بود و دکتر خودم هم اونجا نبود». یکی دیگر از پاسخ‌گویان نگرانی‌اش درباره‌ی پیش‌بینی‌ناپذیر بودن زایمان طبیعی را چنین تشریح کرد: «برنامه‌ریزی خیلی برام مهمه. شبی، نصف شبی یه موقعه تو خونه تنها باشم. این چیزا خیلی به من استرس می‌داد. اونم شنیدم آمپولای خاصی هست ولی میگن حتما باید ۷-۸ ساعت درد بکشی بعد دو ساعت آخر این کارو برات انجام میدن. اون دو ساعتم فایده نداره».

۴-۶- اهمیت شکل و زیبایی بدن

در دوران کنونی که بدن در هویت افراد اهمیت زیادی پیدا کرده، تصور به هم‌ریختگی فرم بدن - اعم از آنکه این تصور مبنای واقعی یا غیر واقعی داشته باشد - یک نقطه ضعف بزرگ زایمان طبیعی محسوب می‌شود. ۸ نفر از مصاحبه‌شوندگان، اشاره داشتند به اینکه فرم و زیبایی بدن برای آنها ملاک مهمی بوده، تا حدی که این مقوله انتخاب نوع زایمان آنها را تحت تأثیر قرار داده است. برای مثال آگاه می‌گوید: «ظاهرم خیلی برام مهم بود، حتی پرسیدم در مورد سزارین گفتن در سزارین اصلاً تغییر نمی‌کنه ولی اگه طبیعی زایمان بشوی شاید بعدها بخوای یک عمل زیبایی انجام بدی، شوهرم به این دلیل گفت سزارین بهتر است». فاطمه گفت: «به لحاظ ظاهر خودم نمی‌دونستم زایمان طبیعی چه اثری دارد، دیگران گفتند افتادگی ام میاره چه فایده داره. شوهرم هم وقتی فهمید گفت پس سزارین کنی بهتر است». آخرین نفر گفت: «آره خیلی مهم بود شنیده بودم بنخیه داره، شوهرم هم گفت چون زایمان طبیعی بهتره اون را انتخاب کنی. ولی آخرش خودت تصمیم بگیر».

۴-۷- تأثیر حضور همسر

از مشارکت کنندگان در تحقیق سؤال شد که آیا امکان حضور و همراهی همسر هنگام انجام عمل سزارین، در تصمیم‌گیری آنها مؤثر بوده است؟ بیشتر مشارکت کنندگان (۱۰ نفر از ۱۵ نفر) اظهار کردند که حضور همسر در زمان زایمان، موجب آرامش آنها می‌شود. در عین حال، این همراهی را عامل مهمی در انتخاب زایمان سزارین قلمداد نمی‌کردند به استثنای دو نفر که برای نمونه به یک مورد آن یعنی گفته‌های سحر اشاره می‌شود: «از زندگی‌م راضیم و این در تحمل درد تأثیر داشت. خیلی دوست داشتم شوهرم کنارم باشه. اون حتی تا ریکواری که اجازه ورود همراه نیست باهام اومد، دکتروم این اعتقاد را داشت که همسر باید کنار خانمش باشه، خود همسرم دوست داشت باشه. آدم احساس می‌کنه درد رو با هم تقسیم می‌کنه، یکی شوهر یکی پدر و مادرم خیلی حضورشون برام دلگرم کننده بود. امروزم وقتی رفتم اتاق عمل بهم گفتن جزء کمتر کسای هستی که استرس نداری. به این خاطر بود که تا لحظه‌ی آخر همسر و پدر و مادرم با من بودند ولی اگه شوهرم کنارم بود دستشو می‌گرفتم دیگه خیلی برام دلگرم کننده بود خیلی».

۴-۸- پیش‌بینی پذیری و مدیریت زمان

مواجهه با شرایط غیر منتظره و نامتعیین در افراد ایجاد هراس می‌کند. روش طبیعی وضع حمل، قدرت فرد را بر تنظیم زمان رخداد زایمان کاهش می‌دهد. گاهی افراد با انتخاب روش سزارین می‌کوشند تا به یک پدیده‌ای که از جهت نوع و زمان بروز نامتعیین است، نظم و تعین ببخشند و به این ترتیب نگرانی حاصل از زایمان را برای خود کاهش دهند؛ برای مثال سحر می‌گوید: «بله این مسئله دلیل شد، چون مطمئن بودم خیلی راحت میام بیمارستان کارهایم انجام میشه، دکتروم هست. مرا عمل میکنه برای طبیعی هر لحظه ممکنه بچه به دنیا بیاد شبی نصف شبی و اون موقع دکتروم من در دسترس نبود یا اصلاً امکان داشت دکتروم تهران نباشه». و معصومه اظهار داشت: «بله مهم بود، یهو باید زایمان می‌کردم می‌یومدی دکتروم نبود چه خاکی ...!»

۴-۹- تسهیلات زمینه‌ای

اطلاعات تحقیق نشان می‌دهد، برخی شرایط زمینه‌ای که افراد در آن قرار دارند در انتخاب نوع زایمانشان بی‌تأثیر نبوده است. در مجموع همه‌ی مشارکت کنندگان (۱۵ نفر) از فضای بیمارستان، آرامشی که در آن حکم‌فرما بود و توجه و رسیدگی پرسنل آن رضایت داشتند؛ برای مثال یکی از پاسخ‌گویان می‌گفت: «داشتن محیط آرام برای سزارین دلیل مهمی برای انتخاب آن شد. مثلاً یه روز رفتم بیمارستان (دولتی) صدای جیغ زدن زن‌ها را شنیدم، خیلی ترسیدم این صحنه‌ها رو دیدم گفتم حتماً سزارین می‌کنم. اگر هم هزینه‌شو نداشتم جور می‌کردم و بازم سزارین را انتخاب می‌کردم».

۴-۱۰- تفسیر تجربه سزارین

در این قسمت تجربه و نظر مادران درباره‌ی انتخاب سزارین بررسی شده است. در کل، بیشتر مادران (۱۱ نفر از ۱۵ نفر) از انتخاب خود رضایت داشتند و نیمی از آنها (۷ نفر) اظهار کردند که زایمان بعدی خود را هم با روش سزارین انجام خواهند داد. بیشتر افراد مبتنی بر یک باور عمومی، انجام سزارین اول را الزامی برای سزارین‌های بعدی می‌دانند، اما پژوهشی که در سال ۱۹۹۰ در کالیفرنیا، جنوبی، انجام شد نشان داد از ۷۲۲۹ نفر که قبلاً سزارین شده بودند، ۵۰۲۲ نفر برای زایمان طبیعی اقدام کردند و از بین آنها ۳۷۴۶ نفر (یعنی حدود ۷۵ درصد) موفق به زایمان طبیعی شدند. در بین مادرانی که سعی داشتند بعد از یک بار سزارین، زایمان بعدی‌شان را به روش طبیعی انجام دهند، در کمتر از یک درصد موارد پارگی رحم دیده شد. این نسبت عارضه در زایمان طبیعی با نسبت میزان تزریق خون، عفونت‌های بعد از عمل جراحی و مدت بستری شدن در بیمارستان که به خاطر سزارین اتفاق می‌افتد، به طور معنی‌داری بالاتر است. بر پایه‌ی این قبیل مطالعات و نظایر آن است که شعار «یک بار سزارین» برای همیشه سزارین منسوخ شده و سزارین قبلی برای سزارین‌های بعدی الزامی ایجاد نمی‌کند. این یکی از عواملی بود که باعث کاهش روند رشد سزارین در جوامع غربی شد (کریمی، ۱۳۷۷: ۴۰).

در بین مصاحبه‌کننده‌ها نیز مادرانی بودند که بر مبنای این باور نادرست، زایمان دوم خود را از پیش، سزارین فرض کرده بودند و آن را امری بدیهی می‌پنداشتند؛ برای مثال سودابه می‌گفت: «مردم می‌گویند هر که یک بار سزارین بشه، بعدی را هم باید سزارین بشود. اطرافیان این طور می‌گویند، فکر کنم دوباره سزارین را انتخاب کنم به خاطر ترس از درد».

سحر نیز بیان کرد: «بله از زایمانم راضی بودم. البته دوست داشتم هوشیار باشم. ولی کامل بیهوش شدم. ولی دکترم بهم گفت وقتی بچه به دنیا میاد اونو میزاریم روی سینت، تو حس نمی‌کنی ولی ما این حس رو به بچه‌ات انتقال می‌دیم، می‌گن برای بار دوم هم باز سزارین می‌شوم مگر جایی باشم که طبیعیش استاندارد باشه».

خلاصه‌ی ماحصل مطالب گفته شده، در جدول شماره‌ی ۳ آورده شده است:

جدول ۳. دلایل ترجیح روش سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی

نقاط قوت زایمان سزارین	نقاط ضعف زایمان طبیعی
عدم هشیاری در هنگام عمل	احساس شرم
ایمنی و سلامت بیشتر مادر و نوزاد	احتمال خطر برای مادر و نوزاد
فقدان درد	ترس از درد طولانی، مبهم و گاه بی‌ثمر
توصیه‌ی پزشک معالج به سزارین	بی‌رغبتی پزشک معالج به زایمان طبیعی
توصیه‌ی اطرافیان	تجربه‌ی ناخوشایند اطرافیان
امکان مدیریت بر زمان زایمان	نامتعیین بودن زمان زایمان
حفظ شکل بدن	ترس از بد ریخت شدن بدن
رعایت استانداردهای پزشکی - علمی بالاتر	عدم رعایت استانداردهای پزشکی - علمی
امکان حضور همسر	عدم امکان حضور همسر

بحث و نتیجه‌گیری

بدون شک درد زایمان یکی از ترس‌آورترین دردهاست. بخش زایمان بیمارستان‌ها مملو از صدای فریاد و ناله است. علاوه بر آن، پیش‌بینی ناپذیری زمان وقوع زایمان طبیعی، نگرانی از زایمان‌های سخت و کند، به خطر افتادن سلامت فرزند، به هم ریختگی فرم بدن، برخورد غیر محترمانه‌ی کادر پزشکی با زن در شرف زایمان طبیعی که موجب نادیده گرفتن نیازهای عاطفی و روانی وی می‌شود زمینه‌ساز گرایش به سزارین انتخابی است. این نگرش‌ها و احساسات از یک سواز طریق افراد مورد اعتماد به زن باردار منتقل می‌شود. اطرافیان فرد باردار، تجربیات ناخوشایند خود از زایمان‌هایشان را در اختیار وی قرار می‌دهند و به این ترتیب هزینه‌ی انتخاب زایمان طبیعی را برای زنان نخست‌زا که خود تجربه‌ی مستقلی در این باره ندارد، افزایش می‌دهند. «درد

چرخه‌ای از تفکرات منفی را به وجود می‌آورد. شخص دردمند تفکرات منفی خود را به دیگران منتقل می‌کند و این باعث بازتولید تفکرات منفی بیشتر می‌شود» (Ogden, 2007: 281) و بدین ترتیب ترس حاصل از درد به تدریج برساخته و توزیع می‌شود.

از سوی دیگر، پزشکان معالج نیز گاه آشکارا سزارین انتخابی را توصیه می‌کنند و گاه نیز با سکوت در مورد امکان‌پذیر بودن زایمان طبیعی با درد و عوارض کم، به شیوه‌ای غیر مستقیم زنان را به سوی سزارین انتخابی سوق می‌دهند؛ برای مثال به استثناء یک نفر تقریباً هیچ یک از مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، در طول دوران بارداری خود اطلاعات یا آموزش‌های ویژه‌ای دریافت نکرده بودند تا به مدد آن بتوانند درک واقع‌بینانه‌تری از وضع حمل طبیعی داشته باشند و قادر باشند که از جهت ذهنی و جسمی خود را برای مواجهه با آن آماده کنند؛ برای مثال یکی از ماما‌های بیمارستان لاله^۱ می‌گفت: «درد لحظات آخر بارداری یا همان درد زایمان که در اصطلاح تخصصی به آن لیبر گفته می‌شود، با پیچ و تاب‌هایی که در بدن مادر ایجاد می‌کند، فرایند نزول جنین را آسان می‌کند، باعث می‌شود قفسه‌ی سینه‌ی نوزاد فشرده و ترشحات زائد خارج شود و از مشکلات تنفسی نوزاد پیشگیری می‌کند. علاوه بر این، درد مادر باعث ترشح ماده‌ای به نام اینترلوکین^۲ در نوزاد می‌شود. این ماده سیستم ایمنی نوزاد را فعال می‌کند تا بدین وسیله توانایی مقابله با شرایط محیطی که در آن قرار دارد را ایجاد کند، زیرا نوزاد ظرف چند دقیقه از محیطی کاملاً استریل به محیطی پر از باکتری گام می‌نهد و لازم است که سیستم ایمنی او فعال شود. علاوه بر موارد یاد شده، زمان زایمان باید بر اساس رشد نهایی جنین انجام شود. این فرایند بین ۳۷ تا ۴۲ هفته در نوسان است و هیچ دستگاه یا متخصصی غیر از خود جنین نمی‌تواند زمان دقیق آن را اعلام کند. تحت این شرایط است که بیولوژی بدن نوزاد دچار اختلال و نقصان نمی‌شود و به اصطلاح نوزاد کامل و رسیده به دنیا می‌آید. آگاهی مادر از این فعل و انفعالات می‌تواند قدرت مقاومت او در برابر درد را افزایش و دردش را کاهش دهد».

ناگفته نماند که در حال حاضر در برخی بیمارستان‌های ایران روش زایمان در آب انجام می‌شود، اما بسیاری از خانواده‌ها در این مورد بی‌اطلاع هستند. نتایج تحقیقات نشان داده که شدت درد و طول مدت درد در گروه زنانی که در آب زایمان کرده‌اند نسبت به گروه کنترل که به شیوه‌ای معمولی زایمان کرده‌اند، به طور معناداری کمتر است (شاهپوریان و همکاران، ۱۳۸۶: ۱۱۱-۱۱۰؛ اکبری و همکاران، ۱۳۸۷: ۴۶-۳۹؛ قاسمی و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۵-۹). بی‌اطلاعی در این مورد باعث می‌شود، یکی از گزینه‌های انتخاب روش زایمان در دسترس زن باردار قرار نگیرد.

۱- مبتنی بر آموزش نکات ارزشمند خانم فریده ابراهیمی، مامای متخصص در بیمارستان لاله و خانم دکتر ترک زهرایی مدرس دانشگاه شهید بهشتی.

بدون شک، مسئولیت اطلاع‌رسانی در مورد روش‌های مختلف زایمان، رفع ابهام و نگرانی‌های مربوطه و آماده شدن برای یک وضع حمل سالم که بخشی از حقوق انسانی زنان محسوب می‌شود، به عهده‌ی نهاد پزشکی است. نقش حرفه‌ای پزشکان محدود به درمان بیماری نیست، بلکه ترویج سبک زندگی سلامت محور، بسط دانش مراقبت از خود و گسترش فرهنگی امر بهداشت از جمله مسئولیت‌های مهم آنها به شمار می‌رود. در جامعه‌ی ایران، این نقش مهم پزشک اغلب مورد غفلت است.

به جای دریافت این قبیل راهنمایی‌ها، پزشک با سلب مسئولیت زن باردار در امر زایمان و با برساخته کردن پزشکی زایمان، آن را از یک امر طبیعی به یک امر درمانی تبدیل می‌کند. ایوان ایلچ از این پدیده تحت عنوان «بیماری پزشک ساخته» اجتماعی، فرهنگی و ساختاری یاد می‌کند. وی معتقد است دسترسی بیش از حد به خدمات درمانی و بهداشتی مردم را تشویق می‌کند، بیش از نیاز خود از این خدمات استفاده کنند. آنها به تدریج به این استفاده‌ی بیش از حد عادت کرده و آن را عنصر ضروری سلامتی می‌دانند. از این رو، آستانه‌ی تحمل افراد کاهش یافته و مصرف کالاهای بهداشتی جایگزین مسئولیت فردی می‌شود (آرمسترانگ، ۱۳۷۲: ۱۸۵).

البته توجه به این واقعیت نیز مهم است که در زمان معاصر سبک زندگی مصرف‌گرایانه و کالا محور، غیرمستقیم مروج راحت‌طلبی و گریز از رنج و درد شده است. بر این اساس احتمال انتخاب روش سزارین به امری عقلانی تبدیل می‌شود. به این ترتیب همان‌طور که بودریار اظهار می‌دارد در جامعه‌ی مصرفی، مصرف خدمات و کالاهای پزشکی به یک تقاضای عمومی تبدیل می‌شود و پزشکان نیز در تحقق این وضعیت نقش مهمی دارند (بودریار، ۱۳۸۹: ۱۹۲).

به نظر می‌رسد، یکی از راه‌های چاره‌جویی از این وضعیت، توسعه‌ی فرهنگ طب سنتی و طب جایگزین یا مکمل باشد. طب جایگزین^۱ یا طب مکمل^۲، مجموعه‌ای از نظام‌ها، شیوه‌ها، مداخلات و کاربردهای درمانی است که بخشی از پزشکی مسلط امروز به شمار نمی‌رود و به تقاضاهایی پاسخ می‌دهد که پزشکی متعارف آن را تأمین نکرده است (Ernest, 1997: 177; Chez & Wayen, 2000: 252). روش‌هایی مانند گیاه درمانی، فشار درمانی، طب سوزنی، انرژی درمانی، همیوپاتی و آیورودا و ده‌ها روش دیگر از جمله مصادیق طب جایگزین یا مکمل است.

طب مکمل یا طب جایگزین که شامل بعضی از انواع طب سنتی هم می‌شود، بر پایه‌ی ارج نهادن بر کلیت‌گرایی (پیوند روح، جسم و ذهن انسان)، طبیعت‌گرایی، استفاده‌ی محدود از تکنولوژی پزشکی، مسئولیت‌پذیری فردی و طرد اقتدار پزشک بر بدن بیمار شکل گرفته است.

1- Alternative Medicine

2- Complementary Medicine

تعهد به این نظام ارزشی موجب می‌شود افراد به جای وابستگی بیش از حد به پزشک و خدمات درمانی، به عاملیت خود در احراز سلامتی‌شان توجه بیشتری داشته باشند. در اثر اعتقاد به خاصیت خود ترمیمی طبیعی بدن، از میزان وابستگی به تکنولوژی‌های پزشکی کاسته می‌شود (Siahpush, 1998: 58-70). البته توصیه به ترویج این قبیل روش‌های درمانی به این معنا نیست که زنان باردار در چارچوب این روش‌ها زایمان کنند، بلکه شیوع فرهنگی شیوه‌های درمانی متنوع و متکثر، شدت وابستگی ذهنی به درمان‌های پزشکی را تعدیل می‌کند.

از سوی دیگر، سیاست‌گذاری‌های چندجانبه برای توانمندسازی زنان بسیار نافذ و مهم است. ضروری است زنان به کمک ورزش و تغذیه‌ی درست، قوای جسمانی خود را تقویت کنند و به مدد افزایش توانمندی‌های شناختی و کسب آگاهی‌های لازم در مورد سازوکارهای زیستی بدنشان، فرایند بارداری و پیامدهای حاصل از آن را به شیوه‌ای کارآمد تحت کنترل در آورند. به منظور ارتقاء سواد بهداشتی زنان، فرهنگ سازی در مورد سلامت و به ویژه سلامت زنان باردار می‌توان از ظرفیت‌ها و قابلیت‌های رسانه‌های جمعی بهره‌برداری کرد.

منابع

- ◀ آرمسترانگ، دیوید ۱۳۷۲. جامعه‌شناسی پزشکی. ترجمه‌ی احمد خزاعی و محمد توکل، تهران، دانشگاه صنعتی شریف.
- ◀ احمدنیا، شیرین. «جامعه‌شناسی بدن و بدن زن»، فصل زنان، ش ۵، (۱۳۸۴).
- ◀ اکبری، سهیلا، نصرت اله رشیدی، فرحناز چنگاوی، فاطمه جنانی و محمد جواد طراحی. «تأثیر زایمان در آب بر طول مدت زایمان و میزان درد در مقایسه با زایمان به روش متداول»، یافته، دوره ۱۰، ش ۱۳، (۱۳۸۷).
- ◀ ایمان، محمد تقی ۱۳۸۸. مبانی پارادایمی روش‌های کمی و کیفی تحقیق در علوم انسانی. قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- ◀ بربری، مارگارت ۱۳۸۱. رویکردی نوین به درد زایمان. ترجمه‌ی معصومه داود آبادی فراهانی، نفیسه سید زاده اقدم، کتایون و کیلیان، اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک.
- ◀ بودریار، ژان ۱۳۸۹. جامعه مصرفی: اسطوره‌ها و ساختارها، ترجمه‌ی پیروز ایزدی، تهران، ثالث.
- ◀ بودون، ریمون ۱۳۸۳. منطق کنش اجتماعی: روش تحلیل مسائل اجتماعی، ترجمه‌ی عبدالحسین نیک‌گهر، تهران، توتیا.
- ◀ بلیکی، نورمن (۱۳۹۲). طراحی پژوهش‌های اجتماعی. ترجمه حسن چاوشیان، تهران، نشر نی.
- ◀ بیگی، ابوالفضل، سید حمیدرضا طباطبایی، نرگس محمدصالحی و مریم یزدانی. «تعیین عوامل مؤثر بر انجام روش سزارین در بیمارستان‌های شهر شیراز»، نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران (دو ماهانه پرستاری ایران)، دوره ۲۱، ش ۵۶، (۱۳۸۷).
- ◀ ترک زهرائی، شهناز ۱۳۸۸. آمادگی برای زایمان و روش‌های کاهش درد غیر ارادی، تهران، رسانه تخصصی.
- ◀ جعفری جاوید، مینا ۱۳۸۰. زایمان بی‌درد و بی‌هوشی در مامایی، تهران، پورسینا.
- ◀ حر عاملی، (۱۳۶۴) وسائل الشیعه، ترجمه‌ی علی صحت، قم: انتشارات ناس، جلد ۱.
- ◀ حیدرپور، سوسن، الهام زارع، عصمت مهرابی، فاطمه حیدرپور و میترا کولیوند. «بررسی مقایسه‌ای درک زنان نخست‌زا از درد، ترس و اضطراب از زایمان در سه گروه فارس، ترک و کرد»، تحقیقات بالینی در علوم پزشکی، ش ۳، (۱۳۹۴).
- ◀ خدابخشی کولائی، آناهیتا، صدیقه حیدری، ابوالقاسم خوش‌کنش و محمود حیدری. «ارتباط هوش معنوی با تاب‌آوری در برابر استرس و ترجیح روش زایمان در بین زنان باردار»، زنان، مامایی و نازایی ایران، دوره ۱۶، ش ۵۸، (۱۳۹۲).
- ◀ داوری، مجید، محمد رضا مرآئی، زهره قرشی و میترا مختاری. «ارتباط عوامل اقتصادی-اجتماعی با شیوع سزارین خود خواسته در زنان نخست‌زا»، مدیریت اطلاعات و سلامت، (ویژه نامه اقتصاد سلامت)، دوره ۸، ش ۷، (۱۳۹۰).
- ◀ شصت فولادی، مهتاب و غلامرضا منشئی. «تأثیر آموزش تنظیم هیجان به شیوه گروهی بر استرس

زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان»، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال ۱۶، ش ۴، (۱۳۹۴).

◀ شاهپوریان، فرنگیس، کیاندرخت کیانی، هایده صدیقیان و فاطمه حسینی. «تأثیر زایمان در آب بر درد مرحله فعال زایمان»، علوم پزشکی رازی، دوره ۱۴، ش ۵۷، (۱۳۸۶).

◀ فلیک، اووه ۱۳۹۲. درآمدی بر تحقیق کیفی. ترجمه‌ی هادی جلیلی، تهران، نشر نی.

◀ قاسمی، فاطمه. «بررسی فراوانی و علل سزارین در استان یزد»، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۰، ش ۲، (۱۳۸۸).

◀ قاسمی، مرضیه، فاطمه نارا و اشرف جامی. «عوارض مادری، جنینی و نوزادی زایمان در آب در مقایسه با زایمان معمولی»، زنان و نازایی ایران، دوره ۱۶، ش ۷۰، (۱۳۹۲).

◀ کارلسون، نیل ۱۳۵۲. روان‌شناسی فیزیولوژیک. ترجمه‌ی محمود بهزاد، تهران، کتاب.

◀ کریمی، مژگان. «با اپیدمی یا همه‌گیری سزارین چه باید کرد»، حقوق زنان، ش ۲، (۱۳۹۲).

◀ کیوان آراء، محمود ۱۳۸۶. اصول و مبانی جامعه‌شناسی پزشکی، اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

◀ لوزیک، دانیلین ۱۳۸۳. نگرشی نو در تحلیل مسائل اجتماعی، ترجمه‌ی سعید معیدفر، تهران، امیرکبیر.

◀ محمد پور، احمد ۱۳۸۹. ضد روش (منطق و طرح در روش شناسی کیفی)، تهران، جامعه‌شناسان.

◀ موحد، مجید؛ حلیمه عنایت؛ اسفندیار غفاری نسب؛ صدیقه البرزی؛ روح اله مظفری (۱۳۹۱)، عوامل مرتبط با انتخاب سزارین در میان زنان باردار شهر شیراز. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، سال دوم، شماره ۲. ص ۷۸.

◀ ودادهیر، ابوعلی، فهیمه حسین نژاد، سید محمد هانی ساداتی و سیمین تقوی. «فرزندآوری به مثابه یک مسأله اجتماعی - فرهنگی»، پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران، سال ۱، ش ۲، (۱۳۹۰).

◀ هاشمی، فاطمه و یوسف گرجی. «تأثیر آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت علائم جسمانی زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر»، پرستاری داخلی، سال ۵، ش ۱، (۱۳۹۵).

► Chez Ronald A. & Wayne B. Jonas. «The Challenge of Complementary and Alternative Medicine», *American Journal of Obstet Cynecol*, Vol:177, (1997).

► Ernest E. 2000. «Perspective of Use of Complementary/Alternative Medicine: A Systematic Review», *Bulletine of the World Health Organization*.

► Ogden, J. 2007. *Health Psychology*; London, Open University Press.

► Raphael Dennis, Tobe Brayant & Marcia Rioux (2006). «Staying Alive: Critical Perspectives on Health, Illness, and Health Care», Toronto Canadian Scholars: Press Inc.

► Salomonsson Birgitta, Siw Alehagen, Klaas Wijma (2011), «Fear of Childbirth», *Sexual & Reproductive Health care*, Vol. 2, No.4, (2011).

► Siahpush, Mohammad. «Postmodern Values, Dissatisfaction with Con-

ventional Medicine and Popularity of Alternative Therapies”, *Journal of Sociology*, Vol.34, No.1, (1998).

► Smith J.A, Flowers P & Larkin, M. (2009), “Interpretative Phenomenological Analysis”, *United Kingdom: Sage Pub.*