

## مرور نظام‌مند سه دهه مقالات پژوهشی

### «علل سزارین» و راهبردهای مدیریت سلامت جمعیت

خلیل علی محمدزاده\* سیده فاطمه محبی\*\* ظاهره لباف\*\*\*

#### چکیده

افزایش بی‌رویه‌ی سزارین و رویکرد روزافزون مادران به انجام سزارین‌های انتخابی، علی‌رغم عوارض معطوف به سلامت مادر و جنین و کاهش نرخ زایمان طبیعی در سال‌های اخیر، سزارین را به یک معضل کشوری بدل نموده و به عنوان نوعی رفتار تکمیلی در برنامه‌ی تنظیم خانواده، موجب کاهش نرخ باروری کل و اغلب مانع تولد نوزادان سوم و بیشتر و نیز موجب کاهش تعدد فرزندآوری شده است. این مطالعه، با اذعان به تأثیر سزارین در ابعاد مختلف به ویژه ساختار جمعیتی کشور، با بهره‌گیری از روش «مرور نظام‌مند مقالات پژوهشی» در سه دهه‌ی اخیر، درصدد بررسی علل سزارین و چالش‌های پیش روی زایمان طبیعی به منظور ارائه‌ی راهبردهای مدیریت سلامت جمعیت است. بدین جهت بر اساس روش سیستماتیک تعداد ۷۸ مقاله‌ی علمی- پژوهشی پس از غربالگری، انتخاب و بررسی شده است. نتایج مطالعه نشان می‌دهد پرتکرارترین علل مطرح در مقالات جهت انجام سزارین عبارت‌اند از: سزارین قبلی، ترس از درد زایمان طبیعی، نگرش منفی به زایمان طبیعی و نگرش مثبت به سزارین و دلایل پزشکی. این علل در محورهای اقتصادی- اجتماعی، فرهنگی، شناختی، روان‌شناختی، پزشکی، حقوقی- قانونی و درمانی- بهداشتی تفکیک می‌شود. نتایج این مطالعه‌ی سیستماتیک، بر ضرورت واکاوی علمی مسئله‌ی سزارین در تحقیقات بین‌رشته‌ای و نیز ورود حوزه‌ی علوم انسانی جهت تبیین علل فرهنگی- اجتماعی آن و نیز تنوع بخشی به روش‌های تحقیقاتی و بهره‌مندی از مطالعات کیفی برای بازشناسی علل فزونی سزارین تأکید می‌کند.

#### واژگان کلیدی

روش زایمان، زایمان طبیعی، سزارین انتخابی، سلامت مادران، مداخلات پزشکی، مرور نظام‌مند، مدیریت سلامت جمعیت.

\*- عضو هیئت علمی گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران

شمال (dr\_khalil\_amz@yahoo.com)

\*\* - کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی (Mohebi\_sf@yahoo.com)

\*\*\* - متخصص و جراح زنان و زایمان و نازایی (dv.labaf@yahoo.com)

## ۱- مقدمه و بیان مسئله

مطالعه‌ی تحولات جمعیتی در ایران حاکی از کاهش رشد جمعیت و نرخ باروری کل است، به گونه‌ای که میزان باروری کل<sup>۱</sup> برای هر زن در کل کشور از ۶/۴ فرزند در سال ۱۳۶۸ به ۱/۸ فرزند در سال ۱۳۹۳ کاهش یافته است. کاهش باروری بعد از چند دهه‌ی متوالی، جامعه را با یک مشکل جمعیتی مواجه خواهد ساخت. تحولات سطوح باروری چه در ایران و چه در سایر کشورهای جهان نشان داده است که کاهش زادوولد در سطح دو بچه متوقف نخواهد شد و در صورت عدم تغییر رویه، روند کاهشی به سطح باروری پایین (کمتر از سطح جانشینی ۲/۱ فرزند) و بسیار پایین (کمتر از میزان باروری کل ۱/۳ فرزند) ادامه خواهد یافت، پیش‌بینی شده، تداوم میزان باروری کل زیر سطح جانشینی، از سال ۱۴۲۵ کشور را با رشد منفی جمعیت مواجه نماید (محمودی، ۱۳۸۹: ۵۶). در شرایط کنونی الگوی کاهش باروری، کوچک شدن بعد خانوار، کم‌فرزندی و حتی تک‌فرزندی تقریباً در بیشتر نقاط کشور فراگیر شده است. از عوامل مؤثر در این وضعیت، ایجاد زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و از جمله سیاست مستقیم دولت در زمینه‌ی کنترل موالید در دهه‌های پیشین و ضعف در پاره‌ای از شاخص‌های برنامه‌های سلامت مادران را می‌توان نام برد. روش زایمان، به عنوان یکی از شاخص‌های بررسی عملکرد برنامه‌های سلامت مادران محسوب می‌شود و افزایش نرخ سزارین به ویژه افزایش سزارین‌های غیرضروری، نشان دهنده‌ی

---

۱- به تعداد فرزندان زنده متولد شده یک زن، در طی سنین باروری گفته می‌شود.

عملکرد نامناسب در نظام سلامت کشور است که بر ساختار جمعیتی کشور نیز تأثیرگذار بوده است، سزارین در کاهش نرخ باروری کشور تأثیرگذار است و به دلیل عوارض ناشی از آن، مانع تولد نوزادان بعدی و کاهش تعدد فرزندآوری می‌گردد. نظر به سیاست‌های کلی افزایش جمعیت، لازم است میزان سزارین و مداخلات زایمانی به شکل معقول و سنجیده‌ای کاهش یابد، زیرا زایمان‌های سزارین با طولانی نمودن زمان حاملگی بعدی، افزایش احتمال نازایی ثانویه و نیز انجام سزارین تکراری (به موجب شرایط بیمارستانی در ایران) ادامه‌ی کاهش نرخ باروری را تشدید می‌کند. به بیان دیگر، سزارین نوعی رفتار تکمیلی در برنامه‌ی تنظیم خانواده و کاهش‌دهی نرخ باروری کل می‌باشد. از سوی دیگر برخلاف تصور عموم افراد، سلامت مادر در سزارین، بیشتر در معرض خطر قرار می‌گیرد. امروزه در کشورهای پیشرفته، زایمان طبیعی را یک موفقیت بزرگ برای زنان می‌دانند و سزارین انتخابی را یک شکست می‌شمارند (علی‌محمدزاده، ۱۳۹۳: ۱۰). در کشورهای پیشرفته، روش سزارین در صورتی انجام می‌گیرد که جان مادر و نوزاد در خطر باشد. نتایج بسیاری از تحقیقات نشان می‌دهد عوارض سزارین معطوف به مادر و جنین است و سزارین هرگز موجب کاهش عوارض زایمان برای نوزاد نمی‌شود. هرچند سزارین در قرن گذشته نقش مهمی در کاهش مرگ‌ومیر عوارض زایمانی در مادران و جنین ایفا نموده است، لیکن امروزه به دلیل افزایش بی‌رویه‌ی آن، به یک معضل جهانی مبدل شده و میزان تقاضا برای سزارین از تأمین شرایط لازم برای زایمان طبیعی پیشی

گرفته و افزایش سزارین، درصد زایمان طبیعی را در سال‌های اخیر رو به کاهش نهاده است. در حالی که طبق اصول بیمارستان دوستدار مادر، زایمان یک فرآیند طبیعی و سرشتی است که باید با حداقل مداخلات پزشکی انجام پذیرد و مداخلات پزشکی بایستی به موارد تهدید جان مادر یا جنین محدود شود، اما در شرایط کنونی روش سزارین به یک فرهنگ کاذب مبدل شده و بیش از نیمی از زنان داوطلبانه متقاضی سزارین هستند. شواهد آماری نشان می‌دهد که شیوع سزارین در کل دنیا رو به افزایش بوده و ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست، این در حالی است که عمل سزارین از جمله اعمال جراحی‌های بزرگ محسوب شده و مانند سایر اعمال جراحی‌های بزرگ با عوارضی همراه است که گاه این عوارض بسیار خطرناک و کشنده می‌باشند (غفاری و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۰۱). از طرف دیگر افزایش چشمگیر سزارین در سراسر دنیا، یکی از معضلات مهم سیستم‌های بهداشتی محسوب می‌شود. افزایش توجیه‌ناپذیر سزارین، سبب افزایش بار مالی بر نظام‌های سلامت می‌گردد. نرخ بالای سزارین با تحمیل بار مالی قابل توجه به نظام سلامت، یکی از عوامل ناکارآمدی و ناکارآمدی تخصیصی<sup>۱</sup> در نظام ارائه‌ی خدمات درمانی کشور محسوب می‌شود (داوری، ۱۳۹۰: ۹۵۹). علی‌رغم این وضعیت، تلاش‌های کمی برای شناسایی دامنه‌ی مشکل و شناسایی عوامل مختلف مؤثر در شیوع سزارین از ابعاد مختلف انجام شده است و بیشتر مطالعات موجود علل شیوع سزارین را از منظر پزشکی بررسی کرده و کمتر به ابعاد

---

1- Allocative inefficiency

مختلف این شیوهی زایمانی به ویژه از منظر فرهنگی - اجتماعی پرداخته‌اند. بررسی علل شیوع سزارین در کشور حاکی از وجود تعامل عوامل متعددی است که طی بیش از سه دهه یک اثر افزایشی ایجاد کرده و باعث تمایل عمومی مردم و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، به انجام سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی شده است. زایمان، فرآیندی چندبعدی است که ابعاد جسمی، هیجانی، اجتماعی، فیزیولوژیک، فرهنگی و روانی دارد و به عنوان یک تجربه‌ی خاص در دوره‌ی زندگی زن تلقی می‌شود (آباد و مرقاتی خوبی، ۱۳۸۸: ۱۱۸). همچنین فرزندآوری به روش سزارین نیز مانند هر پدیده‌ی انسانی دیگر هیچ‌گاه در یک خلأ اجتماعی و فرهنگی رخ نمی‌دهد و ابعاد و دلالت‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی مهمی دارد و سبک فرزندآوری نیز در هر جامعه‌ای از عوامل اجتماعی و فرهنگی متعددی متأثر است (ودادحیر و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۱۳).

## ۲- ضرورت تحقیق

شیوع بی‌رویه و توجیه‌ناپذیر سزارین تبعات مختلفی دارد. از منظر اقتصادی، افزایش سزارین سبب افزایش بار مالی بر نظام‌های سلامت جوامع شده و سهم بهداشت و درمان از سرانه‌ی تولید ملی<sup>۱</sup> افزایش چشمگیری خواهد داشت. به همین دلیل، هم اکنون در کشورهایی با شیوع ۳۰-۲۰ درصدی سزارین، تلاش‌های بسیاری برای کاهش آن به کار گرفته می‌شود. این در حالی است که شیوع سزارین در این کشورها حداکثر یک چهارم

1- Gross national product (GNP)

شیوع آن در ایران است (داوری، ۱۳۹۰: ۹۵۹). همچنین سزارین تبعات ناگواری برای مادر و جنین دارد، به ویژه سزارین‌های بدون اندیکاسیون<sup>۱</sup> در مقایسه با زایمان طبیعی، عواقب بسیار زیادی برای مادر و جنین به همراه دارد. خونریزی، عوارض بیهوشی، آمبولی، عفونت محل زخم، عفونت لگن، عفونت ریوی، عفونت مجاری ادراری، ترومبوز وریدی، افت قند مادر، عفونت رحم، تب بدون توجیه، کلاپس ریه (روی هم خوابیدن ریه)، چسبندگی و انسداد روده‌ها و عوارض روانی مانند عصبانیت، اضطراب، احساس گناه و ناامیدی در مادر و در نهایت مرگ‌ومیر بیشتر مادران پس از انجام عمل سزارین (هفت برابر بیشتر از زایمان طبیعی) از جمله عوارض سزارین می‌باشند که موجب دو تا سه برابر شدن هزینه‌ی زایمان برای مادر و خانواده‌ی وی می‌شود. همچنین ناتوانی‌های مادر پس از انجام سزارین باعث بی‌توجهی وی نسبت به نوزاد و شیر ندادن صحیح نوزاد می‌گردد. از طرف دیگر مطالعات اخیر نشان می‌دهند که سزارین در کاهش قدرت باروری، کاهش وزن زودرس نوزادان و آسیب زودرس نوزادی تأثیر می‌گذارد (بسکابادی و همکاران، ۱۳۹۲: ۸۰۸). پژوهش‌های انجام شده در ایران نشان می‌دهد سزارین به عنوان مهم‌ترین خطر جدی افسردگی پس از زایمان هم تلقی می‌شود. تازه‌ترین مطالعات نشان داده که سزارین ممکن است احتمال سکنه‌ی مغزی را در مادران افزایش دهد. بیمارانی که چند بار سزارین می‌کنند، ممکن است

۱- Indication (اندیکاسیون در پزشکی به مفهوم دلیلی برای تجویز یک دارو و یا به کارگیری روشی نظیر انجام عمل جراحی است)

چسبندگی غیرطبیعی جفت پیدا کنند که یکی از خطرناک‌ترین و جدی‌ترین عوارض سزارین می‌باشد و گاهی به خونریزی غیرطبیعی و کنترل‌ناپذیر جفت منجر شود (علی‌محمدزاده، ۱۳۹۳: ۱۴). علاوه بر این، سزارین عوارضی نظیر یرقان (زردی)، مشکلات تنفسی (ریوی)، خطر ابتلا به دیابت نوع اول (وابسته به انسولین)، ابتلا به آسم و آلرژی هم برای جنین به همراه دارد. البته بهتر است گفته شود این عوارض در نوزادان سزارینی بیشتر از نوزادان زایمان طبیعی است. برخی بررسی‌ها نشان می‌دهد، نوزادان طبیعی متولد شده باهوش‌تر از بچه‌های سزارینی هستند. همچنین تحقیقات نشان می‌دهد سندرم مرگ ناگهانی نوزادان در ماه‌های نخست، در نوزادانی که به شیوه‌ی سزارین متولد می‌شوند تا سه برابر بیشتر از نوزادان طبیعی است و از طرف دیگر داروهای بیهوشی نیز می‌تواند برای جنین عوارض سوء داشته باشد. نوزادان سزارینی تا چهار برابر بیشتر از سایر نوزادان در معرض خطر نارس بودن ریه هستند و به همین علت بیشتر امکان دارد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان<sup>۱</sup> بستری شوند. شواهد نشان می‌دهد در جوامعی که سزارین برای جمعیتی بیشتر از ۱۵ درصد از مادران باردار استفاده شده، نه تنها هیچ تغییری در بهبود سلامت مادران و نوزادان ایجاد نشده، بلکه افزایش تولدهای قبل از موعد به دلیل سزارین‌های انتخابی و بالا رفتن میزان عوارض حاصل از نارس نوزاد، سلامت نوزادان را تهدید هم می‌کند (قاسمی، ۱۳۹۱: ۲۳۳). به جهت عوارض مذکور و تهدید جمعیتی کشور از طریق افزایش بیش از حد سزارین، لازم

1- (NICU) Neonatal intensive care unit

است تدابیر مقتضی برای کاهش سزارین انجام شود که از جمله اقدامات اولیه در این خصوص، شناسایی علل تمایل مادران باردار به انجام سزارین است.

### ۳- مفهوم شناسی سزارین و انواع آن

زایمان طبیعی روندی فیزیولوژیک و طبیعی برای تولد جنین است که نیازی به مداخله‌ی پزشکی ندارد و به سلامت بدن مادر خدشه‌ای وارد نمی‌کند. زایمان فیزیولوژیک به معنی فراهم آوردن شرایطی است که به حفظ حریم و حرمت مادری که در حال زایمان است، منجر شود. سزارین یک جراحی است که با شکافتن پوست جدار شکم، عضلات زیر آن و جدار رحم همراه است که از این طریق جنین خارج می‌شود. سزارین دو نوع است؛ سزارین انتخابی<sup>۱</sup> و سزارین اورژانس. سزارین اورژانس یکی از ضروریات نجات جان مادر و نوزاد می‌باشد. سزارین انتخابی به زایمان از طریق سزارین با درخواست و انتخاب مادر، علی‌رغم فقدان اندیکاسیون‌های مادری یا جنینی اطلاق می‌شود (آباد و مرقاتی خویی، ۱۳۸۸: ۱۱۲). از دیگر مفاهیم نزدیک به سزارین انتخابی یا سزارین بدون علت پزشکی، «سزارین به خواست مادر» است که به مفهوم انجام سزارین برنامه‌ریزی شده در غیاب اندیکاسیون طبی و مامایی برای حاملگی یک قلو در هنگام ترم اطلاق می‌شود که در واقع نوعی سزارین انتخابی است. سزارین انتخابی طیف گسترده‌تری دارد و علاوه بر تقاضا، ممکن است اندیکاسیون مادری و جنینی داشته باشد که متفاوت از سزارین اورژانسی و سزارین بعد از

1- Elective cesarean



دردهای زایمانی است (فلاحیان، ۱۳۸۶: ۱۰۷). در کشورهای پیشرفته چیزی به عنوان سزارین اختیاری وجود ندارد و پزشک بدون علت پزشکی مقبول نمی‌تواند اقدام به انجام عمل سزارین کند. تحقیقات در ایران و جهان نشان می‌دهد، در مقایسه‌ی زایمان طبیعی و سزارین انتخابی یا همان الکتیو، کفه‌ی ترازوی زایمان طبیعی، سنگین‌تر است و سزارین انتخابی نه تنها مزیتی بر زایمان طبیعی ندارد، بلکه عوارض بیشتری هم به دنبال دارد. در طول دهه‌ی گذشته‌ی میلادی، تعداد اندیکاسیون‌ها به تدریج افزایش یافته است؛ به نحوی که درخواست مادر برای سزارین انتخابی در مواقعی که اندیکاسیون طبی یا مامایی وجود ندارد، به لیست اندیکاسیون‌های سزارین افزوده شده است (آباد و مرقاتی خوبی، ۱۳۸۸: ۱۱۳).

#### ۴- روند سزارین طی سه دهه‌ی اخیر در ایران

آمارهای سزارین در سال‌های اخیر در کشور ما روند صعودی این شاخص را در بسیاری از نقاط کشور، به ویژه شهرهای بزرگ نشان می‌دهد. در حالی که طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در کشورهای پیشرفته تنها ۵ تا ۱۵ درصد زایمان‌ها به طریق سزارین انجام می‌شود، در ایران، آمارهای سزارین بیشتر از حد معمول جهانی است و نسبت به زایمان طبیعی افزایش و رشد چشمگیری دارد. آمارها نشان می‌دهد حدود ۷۵ درصد از زایمان‌های سزارین، غیرضروری و انتخابی بوده است. مطابق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸، تعداد ۳۷۳۳۷۲ مورد زایمان سزارین غیرضروری با هزینه‌ی برآوردی به میزان بیش از ۱۰۸ میلیون دلار آمریکا در ایران اتفاق

افتاده است (World Health Organization). در کشور ایران میزان شیوع زایمان به روش سزارین از دهه‌ی ۶۰ تا کنون با روند افزایشی همراه بوده و به خصوص سزارین‌های تکراری رشد صعودی داشته است. جدول ذیل روند افزایشی سزارین را طی سه دهه‌ی اخیر نشان می‌دهد.

جدول ۱: درصد سزارین طی سه دهه‌ی اخیر

سال	درصد سزارین	تعداد کل ولادت (نفر)	تعداد کودک سزارینی (نفر)	تعداد کودک زایمان طبیعی (نفر)
۱۳۶۴	۱۶	۲۰۳۱۹۶۹	۲۸۴۴۷۵	۱۷۴۷۴۹۴
۱۳۷۹	۲۳۵	۱۰۹۵۱۶۵	۳۸۳۳۰۷	۷۱۱۸۵۸
۱۳۸۹	۳۴۶	۱۳۶۴۵۲۳	۶۲۷۶۸۰	۷۳۶۸۴۳
۱۳۹۰	۴۵۰	۱۳۸۲۲۲۹	۶۹۱۱۱۴	۶۹۱۱۱۵
۱۳۹۲	۵۶۰	۱۴۷۳۲۶۳	۸۸۳۹۵۷	۵۸۹۶۰۶

منبع تعداد ولادت‌ها: وب سایت سازمان ثبت احوال کشور

- ۱- علی محمدزاده، ۱۳۹۳
- ۲- برنامه کشوری سلامت مادران در برنامه چهارم توسعه - اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشور (۱۳۸۸-۱۳۸۴)، ص ۳۸ (این برنامه مقرر نموده است تا سال ۱۳۹۴ میزان سزارین به ۲۵ درصد تقلیل یابد).
- ۳- سیمای سلامت و جمعیت در ایران- (۱۳۸۹) گزارش نخست دیده‌بانی سلامت کشور، مطالعه شاخص‌های چند گانه سلامت و جمعیت. ناشر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت. چاپ اول: پاییز ۱۳۹۱، ص ۲۲
- ۴- شنبه ۲۰ مهر ۱۳۹۲ ایسنا
- ۵- مصاحبه معاون بهداشت وزیر بهداشت مورخ ۹۲/۵/۱۶ روزنامه رسالت

## ۵- تبیین‌های نظری و تئوریک

### ۵-۱- نظریه‌ی پزشکی شدن

«پزشکی شدن»<sup>۱</sup>، فرآیندی را توصیف می‌کند که در آن، مشکلات غیرپزشکی معمولاً به بهانه‌ی بیماری یا کسالت به عنوان مشکلات پزشکی تعریف شده و نحوه‌ی رفتار با آنها نیز نیازمند مداخلات پزشکی تلقی می‌شود. استراتژی‌هایی مانند ابهام‌افزایی و افسون‌زایی و نیز ترس‌آفرینی و تلاش برای استمرار و حفظ آنچه که ترس و بیم از زایمان طبیعی نامیده می‌شود، همچنان در زمره‌ی مهم‌ترین راهبردهای «برساخت پزشکی» یا «پزشکی‌سازی» فرزندآوری و زایمان و تجربه‌ی مادری در جامعه‌ی ایران است (ودادهیر و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۱۸). به بیان دیگر پزشکی شدن جامعه، فرآیندی است که به موجب آن بخش‌های بیشتر و بیشتری از زندگی روزمره تحت تسلط، نفوذ و نظارت پزشکی در می‌آیند. وقایع حیاتی زندگی انسان شامل تولد، مرگ، ازدواج، طلاق و کلیه‌ی پدیده‌ها و شرایط و تجربیات و فرآیندهای کاملاً طبیعی مرتبط با آنها از قبیل نوزادی، کودکی، سالخوردگی، مادری، پدری، تنظیم خانواده، باروری و ناباروری، روابط زناشویی، یائسگی، سقط جنین، سزارین، همراه با رفتارهای کجروی یا انحرافات اجتماعی و مسائل روانی در زمره‌ی قلمروهایی هستند که بیش از بقیه‌ی حیطه‌ها و قلمروها پزشکی شده و در سطح وسیعی به حریم تعریف، تشخیص و مداخله‌ی پزشکی وارد شده‌اند و به تدریج به مسائل، موضوعات و تجربیاتی

---

1- Medicalization

نظارت‌پذیر یا کنترل‌پذیر از منظر پزشکی بدل شده‌اند (قاضی طباطبایی و ودادهیر، ۱۳۸۷: ۱۵۷). هیتمن<sup>۱</sup> معتقد است که پزشکی شدن به شکل پیچیده و در عین حال ماهرانه‌ای فعالیت‌های انسانی را از قلمرو خصوصی و همچنین قلمرو اجتماعی خارج و آنها را تحت کنترل و اختیارات نظام پزشکی و دیگر مؤسسات ذی‌نفع درآورده است. زندگی زنان بیش از زندگی مردان پزشکی شده و طیف وسیعی از وقایع، تجربیات و تحولات بیولوژیک، جسمانی و اجتماعی آنها را در بر می‌گیرد (همان). بی‌تردید گرایش جامعه به سزارین در یک زمینه‌ی فرهنگی - اجتماعی ملازم با آن شکل می‌گیرد و جامعه نیز به نوبه‌ی خود در صورت‌بندی و توسعه‌ی آن سهیم است. تعریف علم‌انگارانه از زایمان - که فرآیندی طبیعی می‌باشد - و ورود فناوری‌های نوین پزشکی، تجدید نسل و فرزندآوری و معانی بیولوژیک تولید مثل را در کانون تحولات مدرن قرار داده است. پزشکی شدن تجربه‌ی مادری و گسترده شدن قلمرو حرفه‌ی پزشکی به حوزه‌های مختلف و الصاق برچسب بیمار به یک رفتار طبیعی و بیولوژیک و انجام دادن مداخلات غیرضرور، از دوره قبل زایمان تا بعد آن و تعیین زمان زایمان، موجب کنترل بیشتر رفتارهای روزمره شده است. پزشکی شدن با مسئله‌دار کردن تجربیات زیسته نظیر فرزندآوری، یائسگی و سالخوردگی و تعریف مرضی و غیربهداشتی و خاص از آنها، عواقب این شرایط را معطوف به افراد می‌کند، به گونه‌ای که زنان به ناچار بدن خود را جولانگاه مداخلات پزشکی می‌نمایند. همچنین پزشکی شدن

1- Heitman

به شکل پیچیده‌ای فعالیت‌های عادی زایمان را از قلمرو خصوصی و حتی اجتماعی خارج کرده و تحت کنترل حرفه‌ی پزشکی قرار داده است؛ تجاری شدن تجربه‌ی مادری، نتیجه‌ی مستقیم چنین شرایطی است.

#### ۵-۲- نظریه‌ی مدیریت بدن

امروزه فیزیک و ظاهر بدن، به منزله‌ی یک معرف هویتی، در برداشت افراد از خویشتن خود و قضاوت‌های دیگران در مورد نمای ظاهری آنها اهمیت یافته و فشارهای اجتماعی، فرهنگی و رسانه‌ای درباره‌ی زیبایی و نظارت بر بدن، به گرایش هرچه بیشتر افراد به رفتارهایی نظیر دستکاری فرم بدن و مراقبت از تناسب اندام تأثیر گذارده است. خاصیت بیانگرانه‌ی مدیریت بدن، به عنوان یکی از مؤلفه‌های سبک زندگی در دوران مدرنیته‌ی متأخر، موجب شده تا هویت اجتماعی افراد با مدیریت ظاهری و بدنی آنها و تلاش ایشان برای حفظ و ایجاد ظاهری جوان و محافظت و تداوم طراوت جوانی گره بخورد؛ این رویداد به مدد گسترش فناوری‌های ارتباطی و رسانه‌ای نظیر ماهواره، اینترنت و... در جهان گسترش یافته و با فرآیند جهانی شدن و نفوذ شبکه‌های ارتباطی، فرهنگ بدن را به مسئله‌ی مهم انسان مدرن تبدیل کرده است. در این فرهنگ جهانی شده، تقاضا برای کنترل فیزیکی، سبک زندگی غربی و رفتارهای مراقبتی اشاعه یافته و افراد در اثر این فرهنگ جهانی، بر بدنشان نظارت داشته و حتی آن را تغییر می‌دهند، زیرا در دوران معاصر، بدن از حالت صرفاً ارگانسمی خود خارج شده و به پدیده‌ای اجتماعی و فرهنگی بدل شده است به گونه‌ای که جوامع در بدن‌ها

و شکل دادن به آنها تأثیرگذار است و مدیریت و نظارت بر بدن، متأثر از موقعیت‌ها و مقتضیات فرهنگی و اجتماعی جوامع است.

### ۵-۳- نظریه‌ی پزشکی تدافعی

نظریه پزشکی تدافعی<sup>۱</sup> از جمله عوامل تأثیرگذار در میزان سزارین است. شکایت از پزشکان منجر به گشوده شدن باب جدیدی به نام «پزشکی تدافعی» برای دفاع از حقوق و دعاوی قضایی پزشکان شده است. این مسئله می‌تواند رابطه‌ی پزشک - بیمار را هم تحت تأثیر قرار دهد و موجب کاهش تمایل پزشکان در پذیرش بیماران پرخطری شود که مراقبت‌های ویژه نیاز دارند و نیز منجر به کاهش مواردی شود که ریسک آن بالاست. پزشکی تدافعی از اثرات قانون در تعهدات حرفه‌ی پزشکی و ترس از قانون برآمده است. در این شرایط پزشک از ترس مسئولیت حرفه‌ای و تهدیدات قانونی، مبادرت به انجام دادن تعداد زیادی پروسیجرهای پزشکی غیرضروری از جمله سزارین می‌کند. این حالت (مبادرت به سزارین از ترس قانون) به دنبال تشخیص و درمان‌های غلط پزشک بیشتر دیده می‌شود (چنگیزی و فراهانی، ۱۳۹۲: ۱۱). در هر جامعه می‌توان میزان سزارین را بدون افزایش ریسک برای مادر و نوزاد پایین آورد. به عبارتی در حیطه‌ی مامایی و زایمان، سزارین باید آخرین گزینه قلمداد شود.

1- Defensive medicine

#### ۴-۵- نظریه‌ی اخلاقی یا غیر اخلاقی دانستن سزارین انتخابی

زایمان مفهومی درآمیخته با ادراکات فرهنگی شده است؛ لذا انتخاب مادران بدون بازگشایی این کلاف فرهنگی و بدون تفهیم فرآیند سزارین توسط متخصصین و مراقبین بهداشتی، می‌تواند امری غیراخلاقی باشد. مداخلات مراقبت از مادران و نوزادان باید مبتنی بر شواهد علمی و با رعایت کدهای اخلاقی- قانونی در بستر فرهنگی هر جامعه‌ای انجام شود. تمایل زن باردار به عدم مداخله از سایر ملاحظات مهم‌تر است، اما درخواست برای مداخله، بحث‌برانگیز است. اتونومی<sup>۱</sup> پزشک و آموزش پزشکی، وی را ملزم می‌کند به بیمار آگاهی داده و بهترین عمل را انتخاب کند. از دیدگاه اخلاقی، باید به اتونومی بیمار احترام گذاشته شده و انتخاب آگاهانه، محفوظ باشد (آباد و مرقاتی خویی، ۱۳۸۸: ۱۱۷). به نظر می‌رسد، این دو عامل از مهم‌ترین چالش‌های موجود در سزارین انتخابی هستند، چرا که برخی از مادران به لحاظ نداشتن آگاهی از فواید و مضرات این نوع روش، به آن تن می‌دهند؛ در حالی که برخی دیگر علی‌رغم توصیه‌های پزشک و ماما به زایمان طبیعی، سزارین را انتخاب می‌کنند (محمدی و عباسی، ۱۳۹۳: ۶۱). البته بر اساس دستورات دین مبین اسلام حق جنین و سلامت وی مهم بوده و نمی‌توان بدون در نظر گرفتن حق جنین و سلامت وی و تنها بر اساس درخواست مادر، تصمیمی گرفت که به سلامت جنین آسیب رساند. همچنین بر اساس نظریه‌ی کمیته‌ی

---

۱- اصل اتونومی عبارت است از اینکه پزشک درباره‌ی بیماری متخصص است و بیمار درباره‌ی خودش.

فدراسیون بین‌المللی زنان و مامایی درباره‌ی جنبه‌های اخلاقی باروری انسان، انجام دادن سزارین بدون دلایل پزشکی غیراخلاقی است (همان: ۱۱۲).

## ۶- روش‌شناسی تحقیق

مرور تحقیقات گذشته به شیوه‌های مختلف انجام می‌شود که یکی از شناخته شده‌ترین آنها مرور نظام‌مند است که در واقع جست‌وجوی ساخت یافته‌ای است که بر اساس قوانین و ضوابط از قبل تعیین شده، انجام می‌شود. مرور نظام‌مند دو خصیصه‌ی اصلی دارد؛ اول آنکه، پایایی آن بالاست، یعنی تکرارپذیر است. دوم آنکه، در چند مرحله انجام می‌شود؛ در ابتدا جست‌وجو بسیار گسترده و با حساسیت بالاست و در مراحل آخر اختصاصی می‌شود (کلانتری و همکاران، ۱۳۹۰ به نقل از گلاس، ۱۹۸۱؛ کنت، ۱۹۹۶). به طور کلی، دو دسته مقاله‌ی مروری وجود دارد؛ مرور نقلی و مرور نظام‌مند. مرور نقلی، روشی سنتی است و با توجه به اینکه یک فرآیند ذهنی است، مستعد خطا و تورش می‌باشد و فقط در مواردی که شواهد و داده‌های محدودی موجود باشد، ارزشمند خواهد بود، اما در مرور نظام‌مند، با شناسایی دقیق، منظم و برنامه‌ریزی شده‌ی تمام مطالعات مرتبط، می‌توان نقد عینی‌تری انجام داد و به مشکلات مربوط به مرور نقلی فائق آمد (همان). در تعریف دقیق‌تر می‌توان بیان کرد که «مرور نظام‌مند متون» عبارت است از اقدام هماهنگ برای شناسایی سیستماتیک کلیه‌ی پژوهش‌های اولیه در دسترس، ارزیابی نقادانه‌ی این پژوهش‌ها و سنتز داده‌های مطالعات با کیفیت مطلوب (و در بعضی موارد آنالیز کمی آنها) با یک روش استاندارد و نظام‌مند که برای پاسخ



دادن به یک سؤال مرتبط انجام می‌شود. مرور متون از آن جهت مهم است که تلاش می‌کند تا متون موجود مرتبط با موضوع مورد نظر را خلاصه کند. مرور سیستماتیک و نظام‌مند متون در واقع مشتمل بر چهار گام اساسی است: ۱- تصمیم‌گیری در خصوص نوع متونی که قرار است، مرور شوند. ۲- مطالعه و درک آنچه نویسندگان در آثارشان آورده‌اند. ۳- ارزیابی ایده‌ها، روش‌های پژوهشی و نتایج هر کدام از آثار. ۴- جمع‌بندی محتوای متون یا اسناد یا شواهد مرور شده. جامعه‌ی آماری این مطالعه‌ی نظام‌مند شامل تمامی مقالات علمی - پژوهشی است که به بررسی علل سزارین طی سه دهه‌ی اخیر در ایران پرداخته‌اند. در جریان اجرای این مطالعه، در مرحله‌ی نخست، با تعیین کلیدواژه‌های «سزارین»، «نوع زایمان» و «روش زایمان» جست‌وجو در بانک جامع و روزآمد نشریات علمی - پژوهشی ایران (SID)، بانک اطلاعات نشریات و مجلات ایرانی (MagIran)، بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران (IranMedex) و بانک تخصصی مقالات پزشکی (medlib) در قسمت عناوین مقالات و در بخش دیگر در قسمت کلیدواژه‌های مقالات انجام شد و تعداد ۳۹۰ عنوان مقاله‌ی علمی - پژوهشی ایرانی و البته غیرتکراری در این بانک‌ها به دست آمد. در مرحله‌ی دوم، با بررسی ۳۹۸ عنوان مقاله، تعداد ۹۷ عنوان مقاله که به طور مشخص به موضوع «علل سزارین» پرداخته بودند، تفکیک شدند. در مرحله‌ی سوم و تلاش جهت دریافت متن مقالات، ۷۸ مقاله در اختیار تیم تحقیق قرار گرفت - که در قسمت فهرست منابع مشخصات کامل آنها وجود دارد - در مرحله‌ی نهایی با مطالعه‌ی مقالات و

تعیین ارتباط و تناسب آنها با موضوع، داده‌های موجود در مقالات بر اساس مواردی شامل متدولوژی تحقیقات، رویکرد پروبلماتیک مطالعات، یافته‌ها و علل مطرح در مقالات، رویکردهای پیشنهادات و... طبقه‌بندی شد. در ادامه، یافته‌های طبقه‌بندی شده این مطالعه ارائه می‌شود:

## ۷- یافته‌های مطالعه

### ۷-۱- سال نشر مقالات

بررسی سال نشر مقالات مطالعه شده نشان می‌دهد که مقالات دهه‌ی ۷۰ از نیمه‌ی این دهه به موضوع علل سزارین و شیوع آن پرداخته‌اند و البته تعداد این مقالات نیز محدود است. در دهه‌ی ۸۰ تعداد مقالات علمی - پژوهشی بیشتر شده، به‌خصوص در نیمه‌ی دوم این دهه (۸۵-۸۹) نسبت به نیمه‌ی آغازین عنایت بیشتری شده است. در نیمه‌ی آغازین دهه‌ی ۹۰ - علی‌رغم آنکه هنوز مدت زمان زیادی از دهه‌ی ۹۰ سپری نشده است - انتشار مقالات در موضوع سزارین نشانگر اقبال مؤلفان و اهمیت این موضوع در نظر پژوهشگران می‌باشد. به نظر می‌رسد این حجم از مقالات به جهت افزایش بی‌رویه‌ی سزارین و التفات محققان برای تبیین و بررسی علمی این مسئله می‌باشد.

جدول ۲: سال نشر مقالات در سه دهه‌ی اخیر

درصد	فراوانی	سال نشر مقاله
۵/۱	۴	۷۵-۷۹
۲۳/۲	۱۸	۸۰-۸۴
۳۷	۲۹	۸۵-۸۹
۳۴/۷	۲۷	۹۰-۹۳
۱۰۰	۷۸	جمع کل

#### ۲-۷- حوزه نشریه‌ی مقالات

بررسی حوزه‌ی نشریات مقالات مطالعه شده، نشان می‌دهد که نشریات گروه پزشکی در رتبه‌ی اول انتشار این مقالات قرار دارند. در مرتبه بعدی نشریاتی قرار دارند که در گروه پزشکی و با رویکرد علوم انسانی منتشر می‌شوند از قبیل تحقیقات سلامت، اخلاق پزشکی و... اقبال اندک نشریات علوم انسانی در تحلیل و بررسی فرهنگی- اجتماعی مسائل پزشکی، مشخص کننده‌ی رشد نیافتن رشته‌ی جامعه‌شناسی بدن و جامعه‌شناسی پزشکی در ایران و نیز ضعف رویکرد بین رشته‌ای در ایران است.

جدول ۳: حوزه‌ی نشریه‌ی مقالات در سه دهه‌ی اخیر

درصد	فراوانی	حوزه نشریه مقالات
۸۲	۶۴	پزشکی
۲/۵	۲	علوم انسانی
۱۶/۵	۱۳	پزشکی- انسانی
۱۰۰	۷۸	جمع کل

## ۷-۳- نوع روش تحقیق

بررسی روش تحقیق مقالات نشان می‌دهد که بیشترین روش تحقیق به کار گرفته شده در مقالات از نوع توصیفی و در مرتبه‌ی بعد، از نوع توصیفی-تحلیلی بوده است. نکته تأمل برانگیز، آنکه به رغم اینکه مقالات از نوع تحلیلی بوده‌اند، لیکن فاقد نظریه، فرضیه و تبیین‌های نظری در تحلیل نتایج داده‌های آماری می‌باشند. مقالات با روش کیفی نیز تعداد محدودی را به خود اختصاص داده‌اند، این در حالی است که کشف ابعاد جدید مسئله‌ی سزارین در ایران به ویژه در بعد فرهنگی-اجتماعی و روان‌شناختی و حتی سایر ابعاد آن از طریق به‌کارگیری روش‌های کیفی و نیز از طریق مطالعات علوم انسانی میسر خواهد شد و پژوهش‌های تکمیلی بعدی می‌توانند شیوع و گستره‌ی علل شناسایی شده در مطالعات کیفی را در سطح ملی، استانی و محلی، ارزیابی و سنجش نمایند.

جدول ۴: نوع روش تحقیق مقالات در سه دهه‌ی اخیر

نوع روش	فراوانی	درصد
توصیفی	۳۷	۴۷/۵
توصیفی-تحلیلی	۲۸	۳۵/۹
کیفی	۴	۵/۱
نیمه تجربی <sup>۱</sup>	۵	۶/۴
اسنادی	۴	۵/۱
جمع کل	۷۸	۱۰۰

1- Quasi-experimental

۴-۷- حجم نمونه (نفر) در مقالات بررسی شده

از میان تعداد مقالاتی که با روش میدانی و پیمایشی موضوع گرایش به سزارین و انجام روش زایمانی سزارین را بررسی کرده‌اند، بیشترین حجم نمونه بین گروه‌های ۲۰۰-۱۰۰ نفره از زنان باردار یا زائو بوده است.

جدول ۵: حجم نمونه (نفر) در مقالات بررسی شده

درصد	فراوانی	حجم نمونه (نفر)
۱۸/۵	۱۰	کمتر از ۱۰۰
۲۲/۲	۱۲	۱۰۰-۲۰۰
۱۲/۹	۷	۲۰۱-۳۰۰
۱۸/۵	۱۰	۳۰۱-۴۰۰
۱۱/۲	۶	۴۰۱-۶۰۰
۱۱/۲	۶	۶۰۱-۱۰۰۰
۵/۵	۳	۱۰۰۱-۲۰۰۰
۱۰۰	۵۴	جمع کل

۵-۷- حجم نمونه (پرونده) مقالات بررسی شده

تعداد ۱۸ مورد از مطالعات انجام شده پیرامون وضعیت سزارین و علل آن، به بررسی پرونده‌های متشکله در مراکز بهداشتی و بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها، بر وضعیت زنان باردار و نیز علت انجام سزارین متمرکز شده است. مطالعه‌ی پرونده‌های مذکور می‌تواند علل بالینی و نیز وضعیت سزارین انتخابی را از سوی زنان باردار بر اساس واقعیات مندرج در پرونده‌ها مشخص کند.

جدول ۶: حجم نمونه (پرونده) مقالات بررسی شده

درصد	فراوانی	حجم نمونه (پرونده)
۱۶/۷	۳	کمتر از ۵۰۰
۲۲/۲	۴	۵۰۰-۱۰۰۰
۱۱/۱	۲	۱۰۰۱-۲۰۰۰
۱۶/۷	۳	۲۰۰۱-۵۰۰۰
۱۶/۷	۳	۵۰۰۱-۱۰۰۰۰
۱۱/۱	۲	۱۰۰۰۱-۱۳۰۰۰
۵/۵	۱	۱۳۰۰۱ و بیشتر
۱۰۰	۱۸	جمع کل

#### ۶-۷ - جامعه آماری مقالات

جامعه‌ی آماری مقالاتی که به بررسی موضوع سزارین با روش میدانی و پیمایشی پرداخته‌اند، در مرتبه‌اول کلیه‌ی مراکز آموزشی و درمانی در یک شهر و در مرتبه‌ی بعدی مطالعه‌ی موردی یک مرکز بهداشتی - درمانی خاص در یک شهر بوده است.

جدول ۷: جامعه‌ی آماری مقالات در سه دهه‌ی اخیر

درصد	فراوانی	جامعه‌ی آماری تحقیق
۲۷/۴	۱۹	۱ مرکز درمانی در یک شهر
۱۴/۲	۱۰	مرکز آموزشی و درمانی در یک شهر
۴/۲	۳	مرکز آموزشی و درمانی در یک شهر یا چند شهر
۵۴/۲	۳۸	کلیه‌ی مراکز آموزشی و درمانی یک شهر
۱۰۰	۷۰	جمع کل

### ۷-۷- حوزه‌ی تخصصی مؤلفان مقالات

همان‌طور که داده‌های آماری جدول شماره ۸ نشان می‌دهد اکثریت مؤلفان مقالات در گروه تخصصی زنان و زایمان، مامایی، بهداشت باروری، پرستاری و بهداشت مادر و کودک قرار دارند و در مرتبه‌ی بعد گروه‌های بهداشت عمومی، مدیریت و خدمات بهداشتی، تحقیقات بهداشتی، اقتصاد سلامت، بهداشت و ارتقای سلامت و در رتبه‌ی سوم نیز آمار زیستی، اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی بیشترین تخصص‌های مؤلفین مقالات بوده است.

جدول ۸: حوزه‌ی تخصصی مؤلفان مقالات

حوزه‌ی علوم	گروه	فراوانی	درصد
گروه پزشکی	زنان و زایمان - مامایی - بهداشت باروری - پرستاری - بهداشت مادر و کودک	۱۰۸	۴۴/۰۸
	آمار زیستی - اپیدمیولوژی - پزشکی اجتماعی	۳۹	۱۵/۹
	بهداشت عمومی - مدیریت و خدمات بهداشتی - تحقیقات بهداشتی - اقتصاد سلامت - بهداشت و ارتقای سلامت	۵۵	۲۲/۴۴
	روان‌شناسی بالینی	۱	۰/۴
	اطفال و بیماری‌های کودکان	۵	۲/۰۴
	پزشکی عمومی و سایر تخصص‌های پزشکی	۲۰	۸/۱
	جمعیت‌شناسی	۱	۰/۴
گروه علوم انسانی	جامعه‌شناسی و حوزه‌های آن	۵	۲/۰۴
	روان‌شناسی	۳	۱/۳
نامشخص	--	۸	۳/۳
جمع کل		۲۴۵	۱۰۰

### ۷-۸- جنسیت مؤلفان مقالات

اغلب نویسندگان مقالات این حوزه را زنان تشکیل می‌دهند. با توجه به موضوع سزارین که مرتبط با زنان و نیز در حیطه‌ی موضوعی رشته‌ی تخصصی زنان و زایمان و مامایی است و نیز قریب به اتفاق نیروی انسانی متخصص و ماهر در این حوزه را زنان تشکیل می‌دهند، این تعداد مؤلف زن با توجه به موضوع امری طبیعی می‌باشد.

جدول ۹: جنسیت مؤلفان مقالات

درصد	فراوانی	جنسیت مؤلفان
۶۸/۶	۱۶۸	زن
۳۱/۴	۷۷	مرد
۱۰۰	۲۴۵	جمع کل

### ۷-۹- رویکرد پروبلماتیک علل و همبسته‌های مرتبط با سزارین

مقالات بررسی شده از منظر رویکردی که برای تحلیل و بررسی علل سزارین و همبسته‌های مرتبط با آن در پیش گرفته‌اند، در ۷ مقوله‌ی کلی طبقه‌بندی می‌شود. نکته‌ی تأمل برانگیز آنکه برخی مقالات دو رویکرد متفاوت را در علت شناسی وضعیت سزارین در مقاله اتخاذ نموده‌اند و بدین لحاظ جمع کل از تعداد ۷۸ مورد بیشتر است. رویکرد بیشتر مقالات در حوزه‌ی پزشکی بوده است.



جدول ۱۰: رویکرد پروبلماتیک علل و همبسته‌های مرتبط با سزارین

مقولات	فراوانی	درصد
پزشکی	۲۵	۲۷/۱
شناختی	۲۶	۲۸/۲
روان‌شناختی	۱۶	۱۷/۳
اجتماعی - اقتصادی	۱۳	۱۴/۱
فرهنگی	۷	۷/۶
حقوقی - قضایی	۲	۲/۱
بهداشتی و درمانی	۳	۳/۲
جمع کل	۹۲	۱۰۰

#### ۱۰-۷- علل و همبسته‌های مرتبط با سزارین

با بررسی ۷۸ منبع مطالعه شده، کلیه‌ی علل انجام سزارین که در بخش‌های مختلف مقاله اعم از پیشنهادی تحقیقات، بخش نتایج و نیز در بخش بحث و نتیجه‌گیری مطرح شده بود، در جدول شماره ۱۱ تنظیم و تلخیص شده است. سپس جهت سهولت تبیین، در مقولات مختلف شامل روانشناختی، اجتماعی - اقتصادی، پزشکی، شناختی، فرهنگی، حقوقی - قضایی و بهداشتی - درمانی طبقه‌بندی شد. در جدول ذیل ابعاد علل سزارین و همبسته‌های مرتبط، به طور جزئی ارائه شده است.

جدول ۱۱: علل و همبسته‌های مرتبط با سزارین

مقولات	مؤلفه‌ها
روان‌شناختی	<p>ترس از معاینات واژینال- فشار روانی و اضطراب- ترس از درد زایمان طبیعی- تصور از ایمن بودن زایمان سزارین - کم شدن انگیزه‌ی پزشکان برای انجام زایمان طبیعی - تجربه‌ی ناخوشایند از زایمان طبیعی قبلی و یا تجارب قبلی افراد دیگر از زایمان طبیعی - ترس از زایمان طی حاملگی- وجود شخصیت ناپایدار از لحاظ خلقی- اختلالات اضطرابی- تعبیر غلط از سزارین به عنوان جنبه‌ی درمانی آن - ترس از اختلالات جنسی بعد از زایمان طبیعی - ترس از عدم همراهی پزشک بر بالین بیمار به خصوص در زنان نخست‌زا - ترس از عدم حضور به موقع پزشک - نگرانی از سلامت فرزند و ترس از پیامدهای حین زایمان برای نوزاد - ترس از اختلال در روابط جنسی- اهمیت به تغییر نیافتن کیفیت روابط زناشویی - ترس از آسیب به پرینه - نگرانی از آسیب دیدن کانال زایمان و دستگاه ژنیتال- ترس از وقوع پیامدهای منفی حین زایمان - تصور درد کم برای سزارین- تصور ضرورت سزارین به جهت پیشرفت علم پزشکی - ترس از نداشتن آشنا و دوست در زمان زایمان طبیعی.</p>
اجتماعی- اقتصادی	<p>تحصیلات بالای زن باردار- طبقه‌ی اقتصادی اجتماعی بالا- وضعیت اشتغال- نوع بیمه- نوع بیمارستان (خصوصی یا دولتی بودن بیمارستان)- محل مراقبت‌های بارداری - محل سکونت (مناطق شهری و روستایی)- احساس طبقاتی- تعرفه‌ی ناعادلانه‌ی زایمان طبیعی نسبت به سزارین - انگیزه‌های مالی و مدیریت زمان پزشکان- بیمه بودن هزینه‌ی سزارین- سودجویی پزشکان و وضعیت اقتصادی مناسب برخی مادران باردار - فشارهای وارده از سوی سازمان‌های بیمه‌گر.</p>
پزشکی	<p>بارداری خواسته و ناخواسته - میانگین تعداد حاملگی‌ها - تعداد ویزیت قبل از زایمان- مرتبه‌ی زایمان- سابقه‌ی سزارین قبلی یا تکراری - اسکار رحمی ناشی از سزارین قبلی- سزارین اورژانسی - سن زیاد مادر باردار به ویژه در اولین حاملگی- تمایل به کاهش تعداد حاملگی‌ها- پیشگیری‌های طولانی مدت از بارداری و بیشتر شدن بیماری‌های داخلی طی حاملگی مانند دیابت و فشارخون حاملگی - عدم ورزش و فعالیت فیزیکی زنان حامله طی بارداری- شرایط بدجینی - نمای بریچ یا نمای غیرطبیعی - پرزانتاسیون غیرطبیعی و غیرسفالیک- پیشگیری از پارگی‌های دستگاه تناسلی- پیشگیری از تغییر شکل و شل شدگی در دستگاه تناسلی- احتمال ایجاد پارگی و بدشکلی‌های بعد از زایمان- پارگی‌های ناشی از زایمان واژینال در زنان چندزا- پروسه‌ی طولانی مدت زایمان طبیعی- سابقه‌ی بد در زایمان طبیعی قبلی - عدم پیشرفت زایمان یا عدم پیشرفت لیبر- عدم پاسخ به القاء زایمان- توقف زایمان- زایمان دیررس- گذشتن از تاریخ زایمان- سابقه‌ی سقط یا نازایی - حفظ تناسب اندام- بی‌اختیاری استرسی و پرولاپس لگنی در آینده- استفاده از مانیتورینگ قلب- نگرانی از صدمه به عضلات کف لگن - ماکروزومی یا درشتی جنین - کاهش مایع آمنیوتیک - پاره شدن زودرس کیسه آمنیون- احتمال آسیب به سلامتی جنین - درخواست بستن لوله رحمی بعد از زایمان به ویژه در مادران چندزا و TL بعد</p>

مقولات	مؤلفه‌ها
<p>پزشکی</p>	<p>از زایمان- سابقه تجربه مرگ نوزاد در هنگام تولد یا زایمان نوزاد مرده - تنگی لگن - چند قلوبی - جفت سرراهی - دیسترس جنین- پره‌اکلامپسی و اکلامپسی- مسائل جفتی- راحتی زایمان سزارین برای پزشک- دیستوشی رحم یا جنین (زایمان سخت جنین)- فشارخون القا شده در بارداری - مکنونیوم غلیظ- دکولمان جفت- کاهش حرکت جنین - عدم تناسب سر جنین با لگن مادر - بیماری‌های زمینه‌ای مادر - عدم توانایی جسمی زنان برای انجام زایمان طبیعی- سابقه جراحی‌های ترمیمی- پارگی قیلبی رحم - بارداری‌های ایجاد شده توسط روش ART - بارداری‌های چندقلو و چاقی مادران - مرگ قریب‌الوقوع مادر - عدم نیاز به معاینات مکرر- زجر جنینی و بستری کردن خانم باردار اول‌زا در فاز نهفته - کاهش پاریتی زنان - افت قلب نوزاد - عدم تناسب فیزیکی اندام زنان در دوران بارداری- پایین آوردن آسیب‌های بدنی زنان باردار - بچه‌های خیلی کوچک و خیلی بزرگ - احتمال آسیب به کف لگن در زایمان واژینال</p>
<p>شناختی</p>	<p>عدم آگاهی از روند زایمان طبیعی و عوارض و پیامدهای جراحی سزارین- نگرش منفی زنان نسبت به زایمان طبیعی و نسبت دادن شایعات و عوارض نادرست به آن - نگرش مثبت به سزارین - عدم آگاهی از مراحل و ماهیت انقباضات رحمی - آسان‌انگاشته شدن عمل سزارین به عنوان یک روش جراحی ساده - باورهای غلط در مورد برتری سزارین نسبت به زایمان طبیعی- عدم آگاهی از پیامدهای زیان‌بار سزارین- عدم آمادگی و آگاهی در مورد مزایا و معایب روش‌های زایمانی قبل از وضع حمل - آگاهی کم از فرآیند زایمان و نبود یک روش برخورد بالینی - قابل کنترل نداشتن رویدادهای تولد- سابقه سزارین در فامیل و آشنا شدن با این روش .</p>
<p>فرهنگی</p>	<p>اطاعت از نرم‌های انتزاعی به ویژه از سوی پزشک و پرسنل بهداشتی درمانی- طبی شدن زایمان - تمایل خانواده‌ها به تعداد فرزند کمتر - درخواست شوهر با پیشنهاد اعضای خانواده - پرستیز، مد و چشم و هم‌چشمی - تقاضای زنان برای انجام سزارین یا سزارین خودخواسته و انتخابی - اعتماد به فناوری جایگزین به جای اعتماد به طبیعت فرزندآوری در زنان - برخورد با حاملگی به مانند یک بیماری و مراقبت پزشکی از ابتدای حاملگی تا زمان تولد فرزند - تعیین زمان زایمان - تأثیر اطرافیان مهم و جامعه در انتخاب سزارین - پیشنهاد همسر - پیشنهاد خانواده یا دوستان - پیشنهاد پزشک - تلقی سزارین به مثابه یک پدیده‌ی مدرن - کوتاه نمودن زمان زایمان و تمایل به داشتن کودک برنامه‌ریزی شده (انتخاب روز تولد کودکشان)- تغییر در انتظارات بیماران و پزشکان نسبت به خطر زایمان - ایده‌ی کم‌فرزندی و زایمان بی‌درد برای همان تعداد کم فرزند.</p>

مؤلفه‌ها	مقولات
<p>ترس از شکایت علیه پزشکان، قوانین تعزیری و شکایات قانونی- فقدان سیستم نظارتی برای سزارین‌های بدون اندیکاسیون - طرح شکایات و کمبود قوانین حمایتی- مشکلات امنیتی برای پزشکان در صورت تأخیر در زایمان- حق انتخاب قائل شدن برای روش زایمان برای زانو.</p>	<p>حقوقی -قضایی</p>
<p>استفاده از وسایل پایش الکترونیکی - تمایل به انجام سزارین به دلیل کمبود امکانات جهت مانیوتورینگ بیماران در زایشگاه - عدم توجه به استانداردسازی و مدرن‌سازی زایشگاه- وضعیت نامناسب بیمارستان‌ها برای زایمان طبیعی- وضعیت نامناسب اتاق زایمان طبیعی- برخورد نامناسب پرسنل زایشگاه طی ساعات درد کشیدن در زایمان طبیعی - عدم رعایت موازین اخلاقی از سوی بعضی از پزشکان - تعاملات نامناسب کادر درمان- تردد دانشجویان و مداخلات مختلف گروه‌های درگیر در امر زایمان - مشغله کاری پزشکان - عملکرد کارکنان بخش زایمان در افزایش ترس از زایمان طبیعی در بین زنان باردار- بالاتر بودن درصد سزارین در جامعه پزشکی نسبت به کل جامعه - عدم آشنایی و مهارت لازم پزشکان و رزیدنت‌های مامایی جهت مانورهای چرخش با دست در نمای صورت و یا چرخش پودالیک داخلی در نمای عرضی جنین- کوتاه شدن زمان زایمان - انتخاب زمان زایمان- امکان تنظیم برنامه کاری پزشکان با انجام سزارین- موافقت پزشکان با درخواست مادران برای سزارین در غیاب اندیکاسیون پزشکی- سزارین القاء شده به وسیله پزشک- توصیه پزشک به سزارین غیر ضرور- وجود ناکافی پرستار و ماما- عدم پذیرش مسئولیت و کار سخت زایمان طبیعی از سوی پزشکان- عدم همکاری و اعتماد متقابل میان مادر باردار و کادر پزشکی برای زایمان طبیعی- عدم بکارگیری صحیح نیروهای تحصیل کرده مامایی در امر زایمان و نادیده گرفتن مهارت آنها در مدیریت فرآیند فیزیولوژیک زایمان طبیعی- تجربه‌ی اندک جامعه‌ی پزشکی با زایمان طبیعی و میزان محدود درگیری با زایمان طبیعی- عدم مدیریت صحیح نظام سلامت در جذب نیروی انسانی مناسب برای زایشگاه‌ها- استفاده از پرستار به جای ماما در بخش‌های تخصصی مامایی نظیر پس از زایمان، زایشگاه‌ها و بخش جراحی زنان و نوزادان- تغییر در مهارت‌های بالینی پزشکان (تعداد کمتر زایمان‌های طبیعی پس از سزارین)- نگرش پاتولوژیک نسبت به زایمان طبیعی در سیستم آموزش پزشکی- دخالت‌های بی‌مورد متخصصان زنان در امر زایمان طبیعی- صدور پروانه کار برای ماماها بدون سابقه کار و کم تجربه- افزایش تعداد پزشکان جوان در رشته‌های زنان و زایمان و فاقد مهارت در انجام زایمان به کمک فورسیس و واکيوم - آسان‌تر بودن اجرای سزارین برای پزشکان</p>	<p>بهداشتی درمانی</p>

### ۷-۱۱- پرتکرارترین علل انجام سزارین

در بین ۷۸ منبع مطالعه شده، پرتکرارترین علل اشاره شده برای انجام دادن عمل سزارین به ترتیب موارد سزارین قبلی و تکراری، ترس از درد زایمان طبیعی، نگرش منفی به زایمان طبیعی، دلایل پزشکی و اندیکاسیون‌های پزشکی، بیمارستان خصوصی، سزارین انتخابی و توصیه‌ی پزشک بوده است.

#### جدول ۱۲: پرتکرارترین علل انجام سزارین در مقالات

مقولات	فراوانی
سزارین قبلی	۲۱
ترس از درد زایمان طبیعی	۱۴
نگرش منفی به زایمان طبیعی	۱۴
دلایل پزشکی	۱۲
بیمارستان خصوصی	۸
سزارین انتخابی	۸
توصیه‌ی پزشک	۷

### ۷-۱۲- رویکرد پیشنهادات مؤلفان در زمینه کاهش سزارین

شایان ذکر است که پیشنهادات مؤلفان بیشتر رویکرد شناختی داشته و حول محور آگاه‌سازی زنان و مادران از مخاطرات سزارین و مزایای زایمان طبیعی بوده است، البته برخی نیز بر لزوم آموزش‌های تکمیلی کادر پزشکی و بازآموزی آنها تأکید کرده‌اند. نکته‌ی تأمل‌برانگیز آنکه در برخی مقالات رویکرد پروبلماتیک تحقیقات مؤلفان با رویکرد پیشنهادات آنها تفاوت داشته و در یک جهت نبوده است؛ برای مثال برخی تحقیقات در تبیین علل شیوع

سزارین، مسئله‌ی رعایت نکردن اندیکاسیون‌های مربوطه توسط پزشک را مؤثر دانسته‌اند، لیکن در بخش پیشنهادات، مؤلفان به جای توجه به مسائل کادر درمانی، پیشنهادات خود را به زنان معطوف کرده‌اند. برخی مقالات پیشنهاد مشخص نداشته ولی برخی چندین پیشنهاد با رویکردهای متفاوت دارند.

جدول ۱۴: رویکرد پیشنهادات مؤلفان در زمینه‌ی کاهش سزارین

فراوانی	رویکرد پیشنهادات
۴۶	شناختی
۸	روان‌شناختی
۹	پزشکی
۶	اجتماعی - اقتصادی
۵	فرهنگی
۲	حقوقی - قانونی
۵	بهداشتی - درمانی
۱۸	فاقد پیشنهاد
۹۹	جمع کل

۷-۱۳- محورها و محتوای پیشنهادات مؤلفان در زمینه‌ی کاهش سزارین

جدول ۱۴: مقولات و محتوای پیشنهادات مقالات پیرامون کاهش سزارین

محتوای پیشنهادات	محورهای پیشنهادات
<p>بررسی روان‌شناختی علل ترس از زایمان؛ - ارائه مشاوره‌های روان‌شناختی جهت کاهش ترس از زایمان طبیعی.</p>	روان‌شناختی
<p>- ارائه مراقبت‌های پیش از بارداری به عنوان مکمل مراقبت‌های دوران بارداری و ارائه‌ی مراقبت‌های دوران بارداری سازمان‌دهی شده؛ - تدوین معیارهای استاندارد علمی و مستند در مورد انتخاب دلایل سزارین توسط متخصصین زنان؛ - اضافه کردن یک فرم جدید به پرونده‌ی بیماران زایمانی در خصوص اندیکاسیون‌های عمل سزارین و نظارت بر اجرای اندیکاسیون سزارین؛ - پرهیز از سزارین‌های تکراری و بررسی شرایط امکان انجام زایمان طبیعی پس از سزارین (حدود یک سوم موارد سزارین‌های انجام شده، سزارین‌های تکراری است)؛ - الزام به ارائه خدمات استاندارد زایمان طبیعی با روش‌های کاهش درد.</p>	پزشکی
<p>- تقویت دیدگاه مثبت نسبت به زایمان طبیعی در میان زنان و دختران؛ - ارائه دوره‌های آموزشی مناسب در جهت تشویق زوجین به انتخاب زایمان طبیعی در کلاس‌های قبل از ازدواج؛ - آموزش مادران باردار و همسران آنها و تشکیل کلاس‌های آمادگی زایمان و آموزش انواع روش‌های زایمان و آگاه کردن مادران از روند یک زایمان طبیعی و سالم و ذکر مزایا و معایب هر کدام، به منظور کاهش موارد سزارین انتخابی؛ - ترغیب مادران باردار و همسران آنها به سمت بهره جستن از دانش افراد متخصص به جای اخذ اطلاعات نادرست از افراد غیرآگاه در زمینه بارداری و زایمان طبیعی و بهبود نگرش‌ها و باورهای غلط در مورد عوارض زایمان طبیعی زیر نظر فرد تحصیل کرده این حرفه؛ - برگزاری دوره‌های آموزشی زایمان فیزیولوژیک برای متخصصین زنان و زایمان، ماماها، پزشکان عمومی، پرستاران و سایر کارکنان بهداشتی و درمانی و الزامی نمودن گذراندن این دوره‌ها و تغییر نگرش افراد جامعه پزشکی به مضرات سزارین؛ - ترویج زایمان طبیعی با استفاده از روش‌های غیردارویی کنترل درد، تربیت مربیان ارشد مامایی در راستای ترویج زایمان بی‌درد غیردارویی؛</p>	شناختی

محتوای پیشنهادات	محورهای پیشنهادات
<p>- استفاده از مشاوره‌های سودمند مامایی و حمایت‌های اطلاعاتی، عاطفی و اجتماعی طی بارداری و زایمان زنان باردار از سوی ماماها و سایر پرسنل بهداشتی - درمانی؛</p> <p>- برنامه‌های آموزشی مادران در مراکز بهداشتی درمانی جهت ارتقاء کیفیت زندگی مادران در دوره‌ی پس از زایمان؛</p> <p>- توسعه و ترویج روش‌های کاهش دردهای زایمان؛</p> <p>- لزوم بهره‌گیری و مشارکت دستگاه‌های مختلف به خصوص رسانه‌ی ملی و آموزش و پرورش و آموزش عالی در راستای کاهش سزارین؛</p> <p>- تغییر نگرش افراد جامعه‌ی پزشکی به مضرات سزارین از طریق آموزش گروه‌های مختلف درمانی نظیر پزشکان، ماماها، پرستاران و.. به طور جداگانه؛</p> <p>- ترویج و تمهید زایمان طبیعی بعد از سزارین و نیز کاهش زایمان سزارین در زنان نخست‌زا؛</p> <p>- انتقال اطلاعات از طریق متخصصین زنان، ماماها، اعضای خانواده و نشریات جهت کمک به تصمیم‌گیری زنان برای زایمان طبیعی؛</p> <p>- توانمندسازی ارائه‌دهندگان آموزش‌های دوران بارداری با محوریت زایمان طبیعی.</p>	<p>شناختی</p>
<p>- خلاف اصول فرهنگی و پزشکی شمردن سزارین انتخابی؛</p> <p>- فرهنگ سازی جهت ترویج فرهنگ زایمان طبیعی؛</p> <p>- تبیین فواید و آثار مثبت زایمان طبیعی در حفظ سلامت مادر و کودک از طریق رسانه‌های عمومی؛</p> <p>- ارتقا فرهنگ عمومی در مورد فرهنگی و بهداشتی دانستن زایمان طبیعی به همراه بهبود خدمات بهداشتی درمانی در زایشگاه‌ها؛</p> <p>- افزایش انگیزه گروه دخیل در امر زایمان طبیعی به وسیله رعایت شئون حرفه‌ای؛</p> <p>- ایجاد نگرش مثبت در مادر و همراه وی در مورد زایمان و افزایش تحمل مادر نسبت به درد زایمان.</p>	<p>فرهنگی</p>



محتوای پیشنهادات	محورهای پیشنهادات
<p>- اجباری کردن تأیید موارد مناسب سزارین توسط پزشکان دیگر؛</p> <p>- اجباری کردن بیمه‌ی مسئولیت حرفه‌ای برای ماما و پزشک؛</p> <p>- ارائه اطلاعات صحیح به کادر ماما‌یی در مورد قوانین مربوط به تخلفات حرفه‌ای و چگونگی بهره‌گیری از نکات قانون مدافع حقوق کادر درمانی در مواقع تخلفات غیر عمد؛</p> <p>- کم بهره‌مندی از قراردادهای بیمه‌های درمانی قراردادهای پزشک و بیمار در سزارین به خواست مادر و شمول آن به کلیه‌ی مراجعان و شاغلان در تمام بیمارستان‌های دولتی و غیردولتی؛</p> <p>- بازنگری در تعرفه پرداختی به زایمان طبیعی متناسب با زمان صرف شده و استرس وارده به پزشک؛</p> <p>- تغییر در تعرفه بیمه‌های تکمیلی برای زایمان طبیعی و بی‌حسی موضعی؛</p> <p>- توجیه واحدهای دارای میزانه‌ای بالای سزارین (مخصوصاً سزارین اولیه) و به کارگیری مناسب سیستم تشویق و تنبیه به موقع؛</p> <p>- اعمال سیاست‌های حمایتی و تشویقی قانونی در راستای گسترش زایمان‌های طبیعی؛</p> <p>- وضع سیاست‌های مناسب برای کاهش آمار سزارین.</p>	<p>حقوقی - قانونی</p>
<p>- حمایت از مادران در طول دردهای زایمانی، مهیا کردن فضای مناسب برای حضور یکی از اطرافیان مادر باردار در هنگام زایمان؛</p> <p>- بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری ارائه شده به مادران باردار؛</p> <p>- ایجاد کلینیک‌های مشاوره در کنار ارائه‌ی مراقبت‌های بارداری؛</p> <p>- ایجاد تغییرات اساسی در زمینه‌ی مداخلات غیر ضروری در بخش زایمان بیمارستان‌ها، ایجاد امکانات و روش‌های غیر دارویی و یا دارویی زایمان کم درد، ایجاد شرایطی مناسب برای همراهی همسر و یا یکی از نزدیکان با زانو و ایجاد محیطی آرام و به دور از هر گونه سر و صدای سایر زائوها در بیمارستان‌ها؛</p> <p>- ایجاد شرایط مناسب جهت اجرای زایمان طبیعی پس از سزارین؛</p> <p>- برگزاری دوره‌های کوتاه مدت آموزشی در زمینه مهارت‌های نوین ماما‌یی؛</p> <p>- تشکیل هسته‌ی آموزشی از اعضای هیئت علمی ماما‌یی برای آموزش روش‌های کاهش درد زایمان به مربیان سراسر کشور؛</p> <p>- اصلاح نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات ماما در تیم پزشک خانواده منطبق با شرح وظایف و اعتبار شماره نظام پزشکی خود و اختصاص سرانه مناسب برای خدمات سلامت باروری؛</p> <p>- نظارت و کنترل بیشتر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر بیمارستان‌ها، به خصوص بیمارستان‌های خصوصی در زمینه‌ی افزایش بی‌مورد سزارین؛</p>	<p>بهداشتی درمانی</p>

محتوای پیشنهادات	محورهای پیشنهادات
<p>- واگذاری مدیریت اتاق زایمان به ماما و به سرپرستی پزشک متخصص؛</p> <p>- افزایش اتاق‌های زایمان در مراکز دولتی و حفظ حریم خصوصی و رضایتمندی مادران در زایمان طبیعی؛</p> <p>- تربیت رزیدنت زنان برای زایمان‌های سخت و ناباروری و استفاده از ماماها در بهداشت مادران؛</p> <p>- استفاده از بهورزان برای گسترش زایمان طبیعی و انجام زایمان توسط ماما در بیمارستان‌ها؛</p> <p>- تمهید شرایط انجام انواع روش‌های زایمان طبیعی بی‌درد؛</p> <p>- استفاده از رابطین بهداشت جهت انتقال پیام‌های بهداشتی به خانواده به ویژه در زمینه انتخاب نوع زایمان ایمن و کاهش سزارین؛</p> <p>- اجازه دایر نمودن مراکز زایمان فیزیولوژیک به ماماها با توجه به سوابق و شرایط؛</p> <p>- ایجاد تنوع در مدل‌های زایمان طبیعی با محوریت کاهش دردهای زایمانی؛</p> <p>- شفاف‌سازی وظایف ماما و متخصص زنان و زایمان در امر زایمان طبیعی؛</p> <p>- مجهز نمودن بخش‌های زایمان جهت انجام VBAC؛</p> <p>- تشویق در پرونده کاری ماماها مشوق مادران به زایمان طبیعی؛<sup>۱</sup></p> <p>- واقعی کردن تعرفه زایمان طبیعی و متناسب کردن آن با نوع خدمت و سطح ارائه دهنده خدمت؛</p> <p>- افزایش درآمد ارائه‌دهندگان خدمات زایمان طبیعی؛</p> <p>- افزایش پوشش خدمات پس از زایمان طبیعی؛</p> <p>- در نظر گرفتن تعرفه بیهوشی در بی‌حسی‌های موضعی زایمان طبیعی؛</p> <p>- استفاده از روش‌های بی‌حسی موضعی اپی‌دورال یا اسپینال برای کنترل درد زایمان و مداخلات مامائی.</p>	<p>بهداشتی درمانی</p>

## ۸- بحث و نتیجه‌گیری

امروزه، بخش اعظم مسائل اجتماعی با نحوه‌ی مدیریت انسان بر بدن خود مرتبط است. بدن به همان اندازه که ماهیتی زیستی دارد، بنیانی اجتماعی نیز دارد و در همه‌ی مقاطع زندگی، تحت نفوذ اقتضائات فرهنگی- اجتماعی

۱- در حال حاضر ۷۵ درصد زایمان‌های طبیعی به دست ماماها‌ی مراکز دولتی صورت می‌گیرد.

جامعه است. تأثیر تحولات پزشکی فقط در نحوه‌ی مدیریت بر سلامت انسان محدود نمی‌شود، بلکه در سطح جامعه نیز آثار و پیامدهای اجتماعی گوناگونی به جا می‌گذارد. پزشکی نوین با مطرح کردن مسائلی چون سلامتی عمومی، بدن را از فضای شخصی و خصوصی آن خارج کرده و به عنوان یک مسئله‌ی اجتماعی به فضای عمومی کشانده است، به طوری که افراد ناگزیرند بدن‌های خود را تحت معاینات، مراقبات و شناخت دانش جدید پزشکی قرار دهند و با آن هماهنگ شوند. این کنترل و نظارت تا آنجا درونی شده است که افراد خود به صورت داوطلبانه به آن تن می‌دهند و تصورات افراد درباره‌ی بدن و سلامتی و بیماری با تحلیل‌های فرهنگی تعیین می‌شود. امروزه، بدن به منزله‌ی مستقیم‌ترین و در دسترس‌ترین قرارگاهی که می‌تواند حامل و نمایشگر تفاوت شیوه‌های زندگی و شکل‌های هویت باشد، اهمیت اساسی یافته است و ایده‌آل‌های فرهنگی زیبایی در جامعه، زنان را به سوی مدیریت بدن و عمل سزارین به عنوان راهبردی برای حفظ زیبایی و حفظ تناسب اندام به مدد پزشکی شدن جامعه و گرایش افراطی به فناوری‌های جدید پزشکی سوق می‌دهد. این در حالی است که فناوری‌های جدید تولید نسل، دخل و تصرف پزشک در عملکرد اعضای بدن زنان را تسهیل کرده است. در یک تقسیم‌بندی، فناوری‌های جدید تولید نسل به چهار دسته شامل فنون پیشگیری از بارداری، تجهیزاتی که هنگام تولد جنین استفاده می‌شوند، فنون غربالگری که میزان نقص عضو جنین را در رحم مادر اندازه‌گیری می‌کند و فناوری‌های کاهش ناباروری تفکیک می‌شوند

(جواهری، ۱۳۸۷: ص ۵۱) که تمام این فناوری‌های تولید نسلی با قدرت هر چه تمام‌تر، به کنترل و نظارت بدن‌های زنان و پزشکی شدن تجربه‌ی مادری یاری می‌رسانند.

تجربه‌ی زایمان زن به شدت تحت تأثیر فرهنگ جامعه قرار می‌گیرد و شیوع عمل سزارین مؤید آن است که زندگی زنان به شکل روزافزونی در حال پزشکی شدن است و زنان در دوره‌ی بارداری و زایمان بیش از پیش به دانش پزشکان وابسته می‌شوند. طبی شدن زایمان، اغلب نشان دهنده‌ی این پیام است که مدیریت طبی، ارجح بر کارکرد فیزیولوژیک بدن می‌باشد و انجام زایمان بدون مداخله‌ی پزشکی خطرناک است. تغییرات صورت گرفته در نهاد فرزندآوری، عمل سزارین را یک مسئله اجتماعی - فرهنگی نموده و عوامل مؤثر فرهنگی، عنصر آگاهی و تجارب زیسته در ارتباط با مادری، در وقوع و افزایش آن مؤثر است (ودادحیر و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۲۹).

تجربیات و فرآیندهای طبیعی و نرمال زایمان و فرزندآوری هر چه بیشتر در حال پزشکی شدن است و نیروها و موتورهای هدایتگر فرآیند پزشکی شدن، پزشکان و جراحان زنان و زایمان می‌باشند. نگرش پزشکان و ماماها و درجه‌ی حمایت روانی که زنان دریافت می‌کنند، در رابطه با تأثیری که زایمان در زن می‌گذارد، اهمیت دارد. در حال حاضر، عمل سزارین به عنوان روشی رایج در زایمان، حتی بدون وجود شرایط و دلایل تهدیدآمیز مرتبط با سلامتی مادران و نوزادان، توسط اکثریت زنان پذیرفته شده است (همان). به طوری که هم اکنون یکی از مشکلات جدید بر سر راه کاهش شیوع سزارین،

افزایش شیوع سزارین‌های خودخواسته‌ای است که بدون هیچ علت طبی و فقط بنا به درخواست فرد انجام می‌شود. امروزه، مادران در تصمیم‌گیری برای تولد فرزندشان مشارکت دارند، یکی از فاکتورهای مهم در انتخاب روش زایمان توسط مادر، سطح آگاهی او از روش‌های زایمانی است. البته ترجیح و مصلحت عاملان زایمان و همچنین مسائل فرهنگی نقش مهمی در اولویت‌های مادر و درخواست وی برای سزارین ایفا می‌کند. عاملان زایمان یکی از معتمدترین افراد از طرف خانواده‌ها برای ارائه‌ی مشاوره به منظور تعیین نوع زایمان هستند و نوع زایمان پیشنهادی آنها نقش انکارناپذیری در زایمان ترجیحی زنان باردار دارد (بانی و همکاران، ۱۳۹۱: ۶۳۰). در واقع سوگیری اشتباه افراد نسبت به عمل سزارین می‌تواند در اثر عواملی نظیر ترغیب بیماران توسط پزشکان یا سایر دوستان و آشنایان و یا بار اجتماعی عمل سزارین باشد که به عنوان یک روش زایمان مناسب برای افراد مرفه و حتی غیرمرفه مطرح است (ارجمندی و فرزین مقدم، ۱۳۸۶: ۲۰). نتایج مطالعات نیز نشان می‌دهد زنان بارداری که قصد انجام عمل سزارین را دارند، آگاهی چندانی نسبت به موضوع ندارند. برخی از مادران به لحاظ نداشتن آگاهی از فواید و مضرات این نوع روش، به آن تن می‌دهند، در حالی که برخی دیگر علی‌رغم توصیه‌های پزشک و ماما به زایمان طبیعی، به سزارین تن می‌دهند (محمدی و عباسی، ۱۳۹۳: ۵۶). زنان اول‌زا ترس بیشتری را نسبت به زنان چندزا تجربه می‌کنند و پیامدهای زایمانی اولین زایمان، در زایمان‌های بعدی تأثیر می‌گذارد. از این رو شیوع سزارین در زایمان اول بیشتر از زایمان‌های بعدی

است (آباد و مرقاتی خویی، ۱۳۸۸: ۱۰۹). همچنین به دلیل نبود آگاهی‌های لازم در بیشتر خانواده‌ها و نبود بخش‌های مشاوره برای ابهام‌زدایی و شفاف کردن موضوعِ روش زایمان و مزایا و معایب هر کدام از روش‌های مزبور، رویکرد مادران به انجام عمل سزارین به عللی همچون رهایی از دردهای زایمان و نگرانی از ایجاد مشکلات آناتومیک در دستگاه تناسلی و تأثیر در روابط جنسی، روز به روز بیشتر شده است. به غیر از نقش فردی زنان، زمینه‌ها و ساختارهای فرهنگی- اجتماعی جامعه نیز در گسترش روزافزون زنان به سزارین دخیل است. با افزایش سطح تحصیلات، فرصت‌های کاری بهتر و درآمد بالاتر برای زنان ایجاد می‌شود و مسئله‌ی افزایش توانایی اقتصادی خانواده باعث می‌شود توان بالاتری برای پرداخت هزینه‌های زایمان سزارین داشته باشند؛ از طرف دیگر با افزایش سطح اقتصادی و اجتماعی افراد گرایش بیشتری به نمادهای مدرن ایجاد می‌شود، به گونه‌ای که سزارین را نشانه‌ی مدیریت بدن و تشخص و منزلت اجتماعی افراد و الگوی رفتاری اقشار مرفه جامعه شمرده و زایمان طبیعی را خاص افرادی با سطح اقتصادی- اجتماعی پایین و کم درآمد تعریف می‌کنند (امیری فراهانی و عباسی شوازی، ۱۳۹۱: ۱۳۰). همچنین از منظر تبیین فرهنگی به نظر می‌رسد، سزارین به حل چالش زنان در مورد «حفظ فیزیکی زنانه و داشتن زنانگی مدرن و فرزندآوری به عنوان رفتاری سنتی» کمک می‌کند و تا چنین نگرش فرهنگی در جامعه وجود دارد، هرگونه اقدامی در راستای کاهش سزارین محکوم به شکست خواهد بود. عامل دیگر، ازدواج دیر هنگام زوجین است

که معلول عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مختلفی است و بهترین دلیل برای عمل سزارین شمرده می‌شود، زیرا گفته می‌شود به تبع افزایش سن ازدواج و افزایش سن اولین بارداری، عوارض بارداری نیز افزایش می‌یابد؛ لذا افراد بیشتر گرایش به سزارین خواهند داشت. از سوی دیگر گسترش ایده‌ی تک‌فرزندی در بین زوج‌های جوان که پیرو اجرای مداوم برنامه‌ی تنظیم خانواده و کاهش جمعیت طی چند دهه‌ی گذشته در ایران نفوذ نموده<sup>۱</sup> موجب شده، زنان جوان ترجیح دهند نخستین و تنها زایمانشان بدون درد و تغییر فرم بدن همراه باشد و به جهت تصمیم به تک‌فرزندی یا دو فرزند، به بستن لوله‌های رحمی اقدام کنند. در حالی که تمایل برای بستن لوله‌ها، اندیکاسیونی برای سزارین نیست و بستن لوله‌های رحمی، معیار قطعی برای سزارین نمی‌باشد (رضاسلطانی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۰). از طرف دیگر گسترش

---

۱- بر اساس نتایج تحقیقی که از سوی مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه درباره‌ی تک‌فرزندی در استان تهران انجام شده است، حدود ۳۹ درصد از زنان و مردان در شرف ازدواج، فقط یک فرزند را ایده‌آل دانسته یا ترجیح می‌دهند، ولی درصد بیشتری یعنی ۴۵/۸ درصد قصد تک‌فرزندی دارند. تک‌فرزندی پدیده‌ای است که در سال‌های اخیر به ویژه در میان خانواده‌های شهری رایج شده است، این پدیده که منجر به کاهش نرخ رشد جمعیت شده است، براساس یافته‌های این تحقیق سن، نگرانی‌های اجتماعی فرزند پروری، فردگرایی، ترس از مشکلات تک‌فرزندی، آرمان‌گرایی و نگرش‌های جنسیتی تساوی‌طلبانه از جمله عواملی هستند که در قصد افراد در شرف ازدواج برای داشتن تنها یک فرزند تاثیرگذار بوده است. در افراد دارای یک فرزند نیز مواردی همچون جنس، میزان تحصیلات، نگرانی‌های مربوط به تک‌فرزندی، فردگرایی، درک از هنجار اجتماعی تعداد فرزندان و پای‌بندی به مذهب از عوامل قصد تک‌فرزندی بوده است. نتایج این طرح پژوهشی همچنین نشان می‌دهد، اقلیت قابل توجهی از زوج‌های در شرف ازدواج در تهران و همچنین نسل‌های ازدواج که حدود سه سال از عمر زندگی مشترک‌شان گذشته است، تصمیم دارند تک‌فرزند باشند (تابناک ۹۲/۷/۲).

فرهنگ سزارین در نخستین زایمان، به تکرار سزارین و در نهایت افزایش تعداد زایمان‌های سزارین در کشور منجر شده است. در خصوص انگیزه‌ی زایمان بدون درد نیز در حال حاضر، محور تحقیقات برخی کشورها را زایمان طبیعی در زنانی که قبلاً سزارین انجام داده‌اند<sup>۱</sup> و همچنین راه‌کارهای عملی برای سهولت انجام زایمان بدون درد تشکیل می‌دهد (شاکریان، ۱۳۸۳: ۶۶). پدیده‌ی سزارین اکنون به تمام اقشار جامعه‌ی شهری و روستایی سرایت کرده و درخواست آنان بین زنان جوان همه‌گیر و تبدیل به یک عرف شده است. نتایج تحقیق پژوهشگاه ناباروری ابن سینا در سال ۱۳۹۱ نشان می‌دهد طی ۱۰ سال گذشته، تمایل زنان به سزارین بیش از ۵۰ درصد افزایش یافته است (خبرگزاری فارس ۱۳۹۲/۱۰/۱۵).

عامل مؤثر بعدی، ساختار حوزه‌ی سلامت و سیستم بهداشت و درمان کشور است. چنانچه سیستم نظارتی مشخصی برای ارزیابی اندیکاسیون سزارین و زایمان طبیعی وجود نداشته باشد، زایمان طبیعی با همه‌ی مزایای مشخص و انکارناپذیرش جای خود را به سزارین با عوارض بیشتر خواهد داد (اصنافی و همکاران، ۱۳۸۰: ۱۷). همچنین میزان پایین باروری در کشور باعث ایجاد فشار درآمدی برای پزشکان شده، نوعی انگیزه‌ی مالی را برای آنها ایجاد خواهد کرد که بیشتر به سمت سزارین روی بیاورند. از سوی دیگر بر اساس نظریه‌ی پزشکی تدافعی، پزشکان جوان متخصص زنان و زایمان برای کاهش احتمال شکایت خانواده‌ها و به ویژه همسر زنان باردار، در

1- vaginal Birth After Cesarean) VBAC)



مورد خطاهای پزشکی و خطرات زایمان طبیعی و نیز امکان مدیریت زمان در زندگی شخصی خویش و حل تعارض نقش‌های شغلی و خانوادگی، به سمت یک روش محافظه‌کارانه با خطر کمتر برای پزشک و البته خطر بیشتر برای مادر مانند سزارین گرایش می‌یابند. در شرایط کنونی همراه با تبدیل دانش پزشکی به یک کسب و کار تجاری پرسود، سازوکار طبیعی تولد نوزادان نیز بیش از گذشته، با انواع مداخله‌ها و دستکاری‌های غیرضروری و خطرآفرین همراه شده است. پزشکان متخصص زنان و زایمان در تلاش برای نقش‌آفرینی بیشتر در زایمان‌های مادران، علاوه بر مخالفت شدید با زایمان‌های ایمن در خانه، زنان را به انجام دادن عمل سزارین تشویق می‌کنند و برای سوق دادن مادران به سوی انجام زایمان طبیعی و تشریح عوارض جسمی و روحی عمل سزارین گامی مؤثر برنمی‌دارند.

از دیگر عوامل مؤثر در ساختار بیمار حوزه‌ی سلامت و درمان کشور، نگرش پاتولوژیک نسبت به زایمان طبیعی در سیستم آموزش پزشکی، نبود مدیریت صحیح نظام سلامت در جذب کادر درمانی مناسب در زمینه‌ی زایمان طبیعی، مقابله نکردن با سزارین‌های القاء شده به وسیله‌ی پزشک و بدون اندیکاسیون طبی، وضعیت نامناسب بیمارستان‌ها برای زایمان طبیعی و انجام دادن سزارین‌های تکراری - علی‌رغم منسوخ شدن این قانون - می‌باشد که نیازمند توجه بیشتر نظام بهداشت و درمان کشور به حفظ سلامت مادران و ایجاد بیمارستان‌های دوستدار مادر و کودک است. مطابق نتایج مطالعه دریکوند و ایزدی (۱۳۸۸) کاهش میزان سزارین در گرو کاهش

میزان سزارین اولیه، سخت‌گیری نسبت به واحدهای دارای میزان‌های بالای سزارین (به‌خصوص سزارین در زایمان اول) و به‌کارگیری مناسب سیستم تشویق و تنبیه به موقع می‌باشد. در غیر این صورت، آسیب‌های کنونی در ارائه‌ی خدمات سلامت باروری، کاهش نرخ باروری را شدیدتر خواهد کرد.

### منابع

- ◀ آباد، معصومه و عفت السادات مرقاتی خوبی. «سزارین انتخابی؛ رویکردی است اخلاقی یا غیر اخلاقی؟»، اخلاق پزشکی، سال ۳، ش ۸، (۱۳۸۸).
- ◀ اتقایی، منوره و عصمت نوحی. «تصور از درد زایمان طبیعی و سزارین و تمایل به زایمان طبیعی در زنان باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان»، *زنان مامایی و نازایی ایران*، ۱۴(۷)، (۱۳۹۰).
- ◀ اتقایی، منوره و همکاران. «بررسی نگرش نسبت به درد زایمان و انتخاب نوع زایمان در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان»، *دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان*، سال ۱۰، ش ۱۹، (۱۳۸۹).
- ◀ ارجمندی، بانو و سحر فرزین مقدم. «بررسی سطح آگاهی زنان باردار نسبت به معایب و مزایای زایمان طبیعی و سزارین در تهران طی ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۴»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، دوره چهاردهم، ش ۵۵، (۱۳۸۶).
- ◀ اصنافی، نساء و همکاران. «علل و عوارض سزارین اورژانس (بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل، ۱۳۷۸)»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، سال ۴، ش ۱ (پی در پی ۱۳)، (۱۳۸۰).
- ◀ امیری، محمد و همکاران. «بررسی برخی عوامل مرتبط بر انتخاب نوع زایمان در زنان شاغل دانشگاه علوم پزشکی شاهرود»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی رازی*، دوره ۲۰، ش ۱۰۶، (۱۳۹۲).
- ◀ امیرعلی‌اکبری، صدیقه و همکاران. «بررسی میزان آگاهی و نگرش زنان نسبت به نوع زایمان در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دزفول وابسته به دانشگاه

- علوم پزشکی جندی شاپور اهواز»، نشریه دانشکده پرستاری و مامایی، ۱۸(۶۳)، (۱۳۸۷).
- ◀ امیری فراهانی، لیلا و محمد جلال عباسی شوازی. «بررسی روند تغییرات میزان زایمان سزارین در ایران و عوامل جمعیت‌شناسی مرتبط با آن در سه دهه اخیر»، مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، سال ۲، ش ۳، (۱۳۹۱).
- ◀ الماسی، فریبا و مریم پیشگاهی. «بررسی و علل سزارین در مرکز آموزشی درمانی کوثر، قزوین سال ۱۳۷۳»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال ۲، ش ۳ (پیاپی ۷)، (۱۳۷۷).
- ◀ بدخش، محمدحسین و خلیل علی‌زاده. «بررسی شیوع سزارین در مراکز تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی»، مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، سال ۳، ش ۱۸، (۱۳۷۹).
- ◀ بدیعی اول، شاپور و همکاران. «بررسی زایمان‌های سزارین و علل آنها در بیمارستان‌های حوزه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۰»، زنان، مامایی و نازایی ایران، دوره ۱۶، ش ۶۶، (۱۳۹۲).
- ◀ بانی، سهیلا و همکاران. «ترجیحات عاملان زایمان در مورد زایمان خود و نوع زایمان پیشنهادی آنان به زنان باردار»، پایش. سال ۱۱، ش ۵ (۱۳۹۱).
- ◀ بسکابادی، حسن و همکاران. «مقایسه پیامدهای زایمان طبیعی و سزارین در مادران و نوزادان»، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۷۱، ش ۱۲، (۱۳۹۲).
- ◀ بشارتی، فرشته و همکاران. «بررسی تأثیر برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در انتخاب روش زایمانی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر رشت»، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۲۰(۷۹)، (۱۳۹۰).
- ◀ بلبل حقیقی، ناهید و همکاران. «مقایسه فراوانی زایمان طبیعی و سزارین و علل آن در شهرستان شاهرود (۱۳۷۹)»، فصلنامه باروری و ناباروری، (۱۳۸۱).
- ◀ پورحیدری، محبوبه و همکاران. «بررسی آگاهی و نگرش زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم نسبت به روش‌های ختم بارداری»، فصلنامه دانش و تندرستی، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود، دوره ۲، ش ۲،

فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده

(۱۳۸۶).

◀ پیردهقان، آذر و همکاران. «بررسی برخی عوامل پیشگویی کننده انجام سزارین انتخابی در زنان مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اصفهان در سال ۸۸»، دوره ۱۵، ش ۱۱، (۱۳۸۸).

◀ تابنده، افسانه و همکاران. «شیوع سزارین در زنان تحصیل کرده گروه علوم پزشکی در شهر گرگان (۱۳۸۴)»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، دوره ۹، ش ۲ (پی در پی ۲۲)، (۱۳۸۶).

◀ تاتاری، فرین و همکاران. «بررسی مقایسه‌ای فراوانی و علل سزارین در خانم‌های باردار مراجعه کننده به بیمارستان‌های خصوصی و آموزشی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ش ۴۳، (۱۳۸۳).

◀ تارا، سیده فاطمه و همکاران. «زایمان واژینال به دنبال سزارین‌های قبلی»، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، ش ۵، (۱۳۸۸).

◀ تموک، افشار و همکاران. «بررسی میزان سزارین و اندیکاسیون‌های آن در بیمارستان تامین اجتماعی اردبیل»، مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، سال سوم، ش ۸، (۱۳۸۲).

◀ توفیقی نیاکی، مریم و همکاران. «تأثیر آموزش گروهی در دوران بارداری بر آگاهی و نگرش و انتخاب نوع زایمان در زنان نخست‌زا». مجله آموزش در علوم پزشکی، (۲) ۱۰، (۱۳۸۹).

◀ جمشیدی منش، منصوره و همکاران. «روند تصمیم‌گیری زنان در انتخاب زایمان به روش سزارین»، فصلنامه پرستاری ایران، ۲۱(۵۶)، (۱۳۸۷).

◀ جمشیدی اوانکی، فرشته و همکاران. «بررسی دلایل انتخاب سزارین توسط مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر رشت»، حیات، سال ۱۰، ش ۲۲، (۱۳۸۳).

◀ جوافشانی، محمدعلی «بررسی میزان سزارین در شهرستان قزوین در شش ماهه اول سال ۱۳۷۵»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دوره ۲، ش ۲، (۱۳۷۷).

◀ جواهری، فاطمه. «بدن و دلالت‌های فرهنگی - اجتماعی آن»، نامه پژوهش فرهنگی،

علل سزارین و راهبردهای مدیریت سلامت جمعیت

- سال ۹، ش ۱، (۱۳۸۷).
- ◀ چنگیزی، نسرين و زهرا فراهانی. «روند سزارین در دنیا، بررسی افزایش میزان و علل»، *زنان و مامایی ایران*، دوره ۸، ش ۱، (۱۳۹۲).
- ◀ حاجیان، کریم اله. «بررسی روند تغییرات میزان سزارین در مراکز درمانی دولتی و خصوصی شهر بابل در سال‌های ۷۸-۱۳۷۳»، پژوهش در پزشکی، ۲۶(۳)، (۱۳۸۱).
- ◀ حاجیان، سپیده و همکاران. «دیدگاه‌های مادران باردار، متخصصان زنان و مامایی، ماماها و متخصصان بیهوشی نسبت به روش زایمان، یک مطالعه کیفی»، *پایش (فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی)* سال ۱۰، ش ۱، (۱۳۸۹).
- ◀ خسروی، مریم و همکاران. «بررسی شیوع زایمان سزارین و برخی عوامل مرتبط با آن»، *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی*، ۱۶(۵۸)، (۱۳۸۶).
- ◀ داوری، مجید و همکاران. «ارتباط عوامل اقتصادی- اجتماعی با شیوع سزارین خودخواسته در زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی نیک نفس رفسنجان»، *مدیریت اطلاعات سلامت*، (ویژه‌نامه‌ی اقتصاد سلامت) دوره‌ی ۸، ش ۷، (۱۳۹۰).
- ◀ درویشی، عفت و همکاران. «تجربیات و دیدگاه‌های زنان و متخصصان زنان و زایمان در خصوص انتخاب روش زایمان: یک مطالعه کیفی»، *تحقیقات نظام سلامت*، سال ۸، ش ۱، (۱۳۹۱).
- ◀ دریکوند، جهانگیر و احمدرضا ایزدی. «وضعیت اجرای دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده زایمان در بیمارستان فاطمه الزهراى نجف آباد، ۱۳۸۷»، *نظام سلامت*، دوره اول، پیش ش ۱، (۱۳۸۸).
- ◀ دهقانی، سیده لیلا و همکاران. «بررسی علل انجام عمل سزارین در زنان مراجعه‌کننده به کلینیک زنان و بارداری زایشگاه مهدیه شهرستان بم»، *بهداشت و توسعه*، سال ۱، ش ۳، (۱۳۹۱).
- ◀ رحیمی کیان، فاطمه و همکاران. «تأثیر آموزش بر اساس مدل باور بهداشتی بر انتخاب روش زایمان»، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*،

فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده

دوره ۱۴، ش ۳ و ۴، (۱۳۸۷).

◀ رضاخانی مقدم، حامد و همکاران. «انتقال آموزش توسط رابطین بهداشتی بر انتخاب روش ختم حاملگی زنان باردار بر اساس مدل قصد رفتاری»، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۰(۳)، (۱۳۹۱).

◀ رضاسلطانی، پروانه و همکاران. «علل انجام سزارین در یک مرکز آموزشی درمانی در شهر رشت»، پرستاری و مامایی جامع نگر، سال ۲۲، ش ۶۷، (۱۳۹۱).

◀ رضایی، معصومه و همکاران. «بررسی روند تغییرات میزان سزارین و علل آن در بیمارستان بعثت سنندج»، مجله دانشکده پرستاری و مامایی کردستان، دوره ۱، ش ۱، (۱۳۹۱).

◀ رعنائی، فریبا. «فراوانی نسبی علل انتخاب سزارین در مادران مراجعه‌کننده به بیمارستان بعثت سنندج (۱۳۸۳)»، علوم پزشکی کرمانشاه، ش ۳۰، (۱۳۸۳).

◀ رهنما، پروین و همکاران. «ارتباط بین بستری شدن خانم‌های اول زا در مرحله فعال و نهفته زایمان با میزان سزارین و علل سزارین»، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ش ۶۰، (۱۳۸۴).

◀ سکاکی، مریم و خدیجه حاجی‌میری. بررسی علل انجام سزارین در یکی از مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی زنجان»، مراقبت‌های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی، ش ۲، (۱۳۹۰).

◀ سلمانی، نیره. «بررسی دیدگاه زنان باردار در رابطه با علل مؤثر در انتخاب روش زایمان در بیمارستان شهدای کارگر شهر یزد»، دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره ۵، ش ۴، (۱۳۸۶).

◀ سیدنوری، طاهره و فرشته جمشیدی آوانکی. «بررسی ارتباط آگاهی و نگرش مادران باردار متقاضی سزارین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر رشت با دلایل انتخاب سزارین توسط آنان»، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۵(۵۹)، (۱۳۸۵).

علل سزارین و راهبردهای مدیریت سلامت جمعیت

- ◀ شاکریان، بهار. «بررسی فراوانی نسبی سزارین و علل انجام آن در استان چهارمحال و بختیاری»، مجله دانشگاه علوم شهرکرد، دوره ۶، ش ۱، (۱۳۸۳).
- ◀ شاهدی، روناک و همکاران، «تجربه زیست مادران از انتخاب زایمان سزارین: یک مطالعه پدیدارشناسی»، مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، دوره ۱۷، ش ۱۰۴، (۱۳۹۳).
- ◀ شرقی، افشان و همکاران. «بررسی عوامل مؤثر بر انتخاب روش زایمان در زنان باردار شکم اول مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی اردبیل - سال ۱۳۸۹»، مجله پزشکی هرمزگان، سال ۱۵، ش ۳، (۱۳۸۹).
- ◀ شریعت، مامک و همکاران. «بررسی میزان سزارین و عوامل مؤثر بر آن در زایشگاه‌های شهر تهران»، پایش، دوره ۱، ش ۳، (۱۳۸۱).
- ◀ شریفی‌راد، غلامرضا و همکاران. «بررسی دیدگاه زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی و سزارین بر اساس مدل قصد رفتاری»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۱۵(۱)، (۱۳۸۶).
- ◀ صالحیان، ته‌مینه. «بررسی آگاهی و نگرش زنان باردار نسبت به نوع زایمان در مراکز بهداشتی درمانی شهر شهرکرد در سال ۱۳۸۶»، فصلنامه پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، سال ۶، ش ۲، (۱۳۸۶).
- ◀ عزیزی، مریم و پونه سالاری. «رویکرد اخلاقی در زایمان سزارین با درخواست مادر»، اخلاق و تاریخ پزشکی، ۲(۲)، (۱۳۸۸).
- ◀ علی‌محمدیان، معصومه و همکاران. «بررسی تأثیر درخواست زنان باردار بر میزان سزارین انتخابی»، پایش (فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشت جهاد دانشگاهی)، دوره ۲، ش ۲، (۱۳۸۲).
- ◀ علی‌محمدزاده، خلیل ۱۳۹۳. سلامت باروری؛ چالش‌ها و راهبردهای مدیریتی، تهران، شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده.
- ◀ عمیدی‌مظاهری، مریم و کلثوم اکبرزاد. «بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر آگاهی و نگرش زنان باردار در زمینه سزارین»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۱۳(۴)، (۱۳۸۴).

فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده

- ک غفاری، محتشم و همکاران. «آموزش مبتنی بر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و کاهش میزان سزارین در زنان باردار: یک مطالعه مداخله‌ای»، تحقیقات نظام سلامت، سال ۷، ش ۲، (۱۳۹۰).
- ک فتحیان، زهره و همکاران. «فراوانی برخی عوامل موثر در انتخاب نوع زایمان در شهرستان خمینی‌شهر، استان اصفهان ۱۳۸۴»، تحقیقات نظام سلامت (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان)، سال ۲، (۱۳۸۵).
- ک فرامرزی، محبوبه و همکاران. «بررسی آگاهی و نگرش زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی (شهرستان بابل ۱۳۷۸)»، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال ۳، ش ۴ (پی درپی ۱۲)، (۱۳۸۰).
- ک فردی آذر، زهرا و مهتری جعفری شبیری. «بررسی عوامل تعیین کننده در نگرش زنان نسبت به زایمان واژینال و سزارین»، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ش ۵۹، (۱۳۸۲).
- ک فرزانه، علی و سمیه جواهری. «سزارین و عوامل موثر بر آن در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر اصفهان»، تحقیقات نظام سلامت، ۶(۱)، (۱۳۸۹).
- ک فلاحیان، معصومه. «سزارین به تقاضای مادر»، پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)، دوره ۳۱، ش ۲، (۱۳۸۶).
- ک فیروزی، محبوبه و فاطمه هادی زاده طلاسا. «نگرش متخصصین زنان و ماماها در ارتباط با زایمان واژینال پس از سزارین و موانع موجود از دیدگاه آنان»، افق دانش، ۱۲(۲)، (۱۳۸۵).
- ک قاسمی، فاطمه. «بررسی فراوانی و علل سزارین در استان یزد، سال ۱۳۸۸»، مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۰، ش ۲، (۱۳۹۱).
- ک قاضی طباطبایی، سید محمود و ابوعلی دادهیر. «رحم جایگزین: تأملی ساخت گرایانه بر پزشکی شدن مادری»، مجله باروری و ناباروری، سال ۹، ش ۲ (مسلسل ۳۵)، (۱۳۸۷).
- ک قوشچیان چوب مسجدی، سمانه و همکاران. «عوامل خطر ساز شناختی درد در سزارین: مقایسه بیمارستان‌های خصوصی و دولتی»، روان شناسی بالینی، ۳(۱) (پیاپی ۹)، (۱۳۹۰).



- ◀ کلانتری، عبدالحسین و همکاران. «مرور سه دهه تحقیقات «علل طلاق» در ایران»، *مطالعات راهبردی زنان*، سال ۱۴، ش ۵۳، (۱۳۹۰).
- ◀ گنجی، فروزان و همکاران. «بررسی تأثیر مداخله مشارکتی در کاهش فراوانی سزارین‌های غیر ضروری در شهرکرد»، ویژه نامه تحقیقات جمعیتی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، (۱۳۸۵).
- ◀ لالویی، افسانه و همکاران. «دیدگاه و اثربخشی آموزش‌های تحصیلی در انتخاب روش زایمان ترجیحی در کادر درمانی زنان و زایمان»، *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، (۱۳۸۸).
- ◀ مؤید محسنی، سکینه و زهرا سهرابی. «آیا پیش‌بینی روند افزایش میزان سزارین تحقق یافته است؟»، *پایش*، سال ۱۰، ش ۲، (۱۳۹۰).
- ◀ مؤید محسنی، سکینه و خدیجه محمدی. «پیش‌بینی روند افزایش میزان سزارین بر اساس برخی آمارهای موجود فعلی»، *فصلنامه دانشور پزشکی*، سال ۱۴، ش ۶۶، (۱۳۸۵).
- ◀ مبارکی، آسیه و همکاران. «بررسی شیوع سزارین و علل آن در شهر یاسوج در ۱۳۸۲»، *فصلنامه ارمغان دانش*، ش ۳۹، (۱۳۸۴).
- ◀ مبارکی، آسیه و قادر زاده باقری. «بررسی شیوع سزارین و علل آن در استان کهگیلویه و بویر احمد در سال ۱۳۸۲»، *مجله زنان مامائی و نازائی ایران*، ش ۱۳، (۱۳۸۴).
- ◀ محمدبیگی، ابوالفضل و همکاران. «تعیین عوامل مؤثر بر انجام روش سزارین در بیمارستان‌های شهر شیراز»، *نشریه پرستاری ایران*، ۲۱(۵۶)، (۱۳۸۷).
- ◀ محمدبیگی، ربابه و عزت‌اله رحیمی. «اثر سزارین بر کاهش باروری در زنان حامله شهر سنندج»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۹(۲)، (۱۳۸۳).
- ◀ محمدپوراصل، اصغر و همکاران. «بررسی انتخاب نوع روش زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار شهرستان مراغه»، *مجله دانش و تندرستی* (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود)، دوره ۴، ش ۱، (۱۳۸۸).
- ◀ محمدی تبار، شفیقه و همکاران. «بررسی تمایلات زنان نخست‌زا برای انتخاب نوع زایمان»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ش ۵۰، (۱۳۸۸).

فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده

- ◀ محمدی، گوهر و محمود عباسی. «بررسی میزان آگاهانه بودن تصمیم زنان باردار در مورد نحوه انتخاب زایمان»، فصلنامه اخلاق پزشکی. سال ۸، ش ۲۷، (۱۳۹۳).
- ◀ محمودی محمد جواد. «تحولات جمعیتی، چالش‌های پیش‌رو و لزوم تجدیدنظر در سیاست‌های جمعیتی ایران»: فصلنامه برداشت دوم، (ویژه مناسبات و سیاست‌گذاری جمعیت در ایران)، ش ۱۱ و ۱۲ (تابستان و پاییز ۱۳۸۹).
- ◀ مصطفی‌زاده، فریده و همکاران. «بررسی نگرش پرسنل بهداشتی و زنان باردار نسبت به دو روش زایمان سزارین و طبیعی در سال ۱۳۸۳ در شهر اردبیل»، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره ۶، ش ۴، (۱۳۸۵).
- ◀ معتمدی، بتول و همکاران. «شیوع سزارین و برخی عوامل موثر بر آن در کرمان» مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۹(۳۴-۳۳)، (۱۳۷۹).
- ◀ معینی، بابک و همکاران. «بررسی دیدگاه زنان شهر رشت نسبت به انتخاب روش زایمانی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده»، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ج ۱۹، ش ۷۷، (۱۳۸۷).
- ◀ مقاره عابد، لیلیا. «بررسی شیوع سزارین و علل آن در کشور جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۷»، فصلنامه حکیم، ش ۱۰، (۱۳۷۷).
- ◀ موحد، مجید و همکاران. «عوامل مرتبط با انتخاب سزارین در میان زنان باردار ساکن شهر شیراز»، مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، سال ۲، ش ۲، (۱۳۹۱).
- ◀ ناصح، نرگس و همکاران. «شیوع سزارین و علل و عوارض آن در زنان مراجعه کننده به بیمارستان ولی عصر (عج) بیرجند مراقبت‌های نوین»، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دوره ۷، ش ۱ و ۲، (۱۳۸۹).
- ◀ ناصری اصل، منصور و همکاران. «بررسی تأثیر متغیرهای اقتصادی، اجتماعی موثر بر شیوع سزارین بیمارستان‌های استان اردبیل در سال ۱۳۸۸». مجله سلامت و بهداشت، دوره ۴، ش ۴، (۱۳۹۲).
- ◀ نشاط، پیمان و الهام جنیدی. «ارتباط بین تمایل به سزارین و آگاهی از روش‌های کاهش درد»، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، ۶(۳) (پیاپی ۲۳)، (۱۳۸۹).

◀ نگاهبان، طیبه و همکاران. «روش ارجح زایمان و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و کلینیک های خصوصی شهر رفسنجان»، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دوره ۵، ش ۳، (۱۳۸۵).

◀ نوری زاده، رقیه و همکاران. «بررسی انتخاب نوع زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان شهرستان مرند»، فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفتم، ش ۱، (۱۳۸۸).  
◀ و دادهیر، ابوعلی و همکاران «فرزندآوری به مثابه یک مسئله اجتماعی- فرهنگی: تأملی ساخت گرایانه به عمل سزارین در شهر تبریز»، پژوهش های انسان شناسی ایران. سال ۱، ش ۲، (۱۳۹۰).

◀ یارندی، فریبا و همکاران. «بررسی آگاهی و نگرش خانم های باردار نسبت به روش های زایمانی در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران»، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، سال ۱۱، ش ۴۲، (۱۳۸۱).

◀ یاسائی، فخرالملوک و بنفشه محسنی رجائی. «بررسی تمایل مادران در مورد نوع زایمان و نوع و سرانجام زایمان»، پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دوره ۳۱، ش ۲، (۱۳۸۶).

➤ World Health Organization (2010). The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. World Health Report, Background Paper, No 30.