

بررسی عوامل تعیین‌کننده تصمیم سزارین در برابر زایمان طبیعی

در زنان باردار شهر اصفهان

زهرا شمس قهفرخی^۱

فریده خلج‌آبادی فراهانی^۲

حسن سرایی^۳

شیوع سزارین در ایران نسبت به دهه ۱۳۵۰ افزایش سه برابری داشته است، به طوری که به گزارش سازمان جهانی بهداشت ایران در سال ۲۰۰۸ به لحاظ فراوانی سزارین در دنیا رتبه‌ی دوم را دارا بوده است. سزارین در اصفهان نیز شیوع بالایی دارد. لذا هدف این مقاله بررسی عوامل تعیین‌کننده تصمیم سزارین در زنان باردار شهر اصفهان است. این پیمایش بر روی ۴۰۰ زن ۱۵ تا ۴۹ ساله باردار که در ماه‌های پایانی بارداری بوده‌اند و برای وضع حمل به یکی از مراکز بهداشتی درمانی شهر اصفهان مراجعه کرده بودند انجام شد. داده‌ها توسط پرسشنامه محقق ساخته جمع‌آوری گردید. نتایج تحلیل چند متغیره نشان داد که پس از کنترل تحصیلات، درآمد و نیت باروری، احتمال تصمیم سزارین با افزایش نقش پزشک در تشویق سزارین، افزایش هنجار ذهنی در پذیرش سزارین و تصویر بدنی بطور معنی‌داری افزایش می‌یابد. همچنین نگرش نسبت به سزارین و فردگرایی از طریق تأثیر بر هنجار ذهنی بر تصمیم سزارین تأثیر می‌گذارند. بر اساس نتایج این مطالعه، تصمیم سزارین در زنان باردار یک تصمیم پیچیده بوده که تحت تأثیر عوامل مختلف شکل می‌گیرد. لذا مداخلات جامع برای کاهش سزارین با تأثیر بر نقش پزشکان، تغییر هنجار ذهنی و فرهنگ‌سازی در زمینه‌ی تصویر بدنی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: تعیین‌کننده‌ها، سزارین، زایمان طبیعی، اصفهان

۱. کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی zahra-shams@live.com

۲. استادیار موسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور faridehfarahani2@gmail.com

۳. استاد دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی hsaraie@yahoo.com

مقدمه

سزارین یک عمل جراحی مداخله‌ای است که در مواقع اضطراری برای نجات جان مادر و کودک هنگامی که زایمان طبیعی امکان پذیر نیست یا هنگامی که طبق دستور پزشک زایمان طبیعی برای مادر و کودک خطرناک است انجام می‌شود (گرمارودی، افتخار و باطنی، ۱۳۸۱:۴۵). سزارین عبارت است از روش جراحی که به وسیله‌ی آن نوزاد از طریق برش دیواره‌ی شکم و برش جدار رحم متولد می‌شود، اما در زایمان طبیعی جنین از طریق مجرای مهبل بدون برش یا انجام عمل جراحی از رحم خارج می‌شود (محمدیگی و دیگران، ۱۳۸۷:۳۸).

نسبت سزارین به کل موالید یکی از شاخص‌های مهم مراقبت بارداری است (سازمان جهانی بهداشت^۱ ۲۰۱۰). نسبت کمتر از ۵ درصد سزارین، نشان دهنده‌ی آن است که سهم قابل توجهی از زنان دسترسی به امکانات جراحی مربوط به بارداری ندارند، از طرف دیگر نسبت بالاتر از ۱۵ درصد نشان می‌دهد استفاده از سزارین به دلایل دیگری غیر از نجات جان استفاده می‌شود (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۰). تعداد سزارین در کشورهای پیشرفته در نیمه‌ی دوم قرن بیستم میلادی افزایش یافت به طوری که در ایالات متحده‌ی آمریکا از ۴/۵ درصد کل زایمان‌ها در سال ۱۹۶۵، به ۲۵ درصد در سال ۱۹۸۸، و ۲۶/۱ درصد در سال ۲۰۰۵ رسید (فلوریکا^۲، ۲۰۰۶:۱۸۱).

ایران نیز از این مقوله مستثنی نبوده است. شیوع سزارین در ایران نسبت به دهه‌ی ۱۳۵۰ افزایش سه برابری داشته است و روند افزایش با سرعتی بیش از حد انتظار پیش می‌رود (امیری فراهانی و عباسی شوازی، ۱۳۹۱:۱۲۷)، طبق گزارشی که در سال ۲۰۱۰ توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) اعلام شده است، در سال ۲۰۰۸ بیشترین درصد سزارین مربوط به کشور برزیل (۴۵/۹ درصد) و کمترین درصد سزارین مربوط به کشور چاد (۴ درصد) بوده است. در این گزارش نسبت سزارین در کشور ایران ۴۱/۹ درصد اعلام شده است، که رتبه دوم در بین کشورهای (گیبونز^۳ و دیگران، ۲۰۱۰:۷). در استان اصفهان نیز در سال ۱۳۸۴، ۵۸/۲ درصد زنان عمل سزارین را انجام داده‌اند (دفتر برنامه‌ریزی و بودجه، ۱۳۸۸:۱۷). در سال ۱۳۹۱، ۶۲ درصد از زنان باردار اصفهانی تحت عمل سزارین قرار گرفته‌اند که این نسبت ۴۷ درصد بالاتر از نسبت جهانی است (والایی، ۱۳۹۱). در بسیاری از موارد، فقط دلایل پزشکی برای انجام سزارین وجود ندارد بلکه ناآگاهی،

1. World Health Organization
2. Florica
3. Gibbones

عقاید و نگرش‌های نادرست تعیین‌کننده‌ی انجام سزارین است (علی‌محمدیان و دیگران، ۱۳۸۲:۱۳۸). در بیست سال گذشته با افزایش نسبت سزارین، باروری نیز کاهش یافته است (محمدبیگی و رحیمی، ۱۳۸۳:۴۱). میزان باروری کل (TFR) در ایران تا دهه‌ی ۱۳۶۰ در حدود ۶ فرزند بوده است، اما باروری به سرعت کاهش یافت. به طوری که در سال ۱۳۸۵ به سطح جانشینی رسید (سرابی ۱۳۸۷:۱۳۱). با توجه به نتایج سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰ این رقم به ۱/۸ فرزند برای هر زن کاهش یافته است و برای استان اصفهان نیز در سال ۱۳۹۰، ۱/۵ فرزند می‌باشد (سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۹۱:۱۴). پیشینه‌ی اسناد پزشکی این حقیقت را آشکار کرده است که زنانی که سزارین انجام می‌دهند فرزندان کمتری خواهند داشت. 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 (علی‌محمدزاده، محبی و لباف، ۱۳۹۲:۹). پزشکان معمولاً بعد از دو فرزند که از طریق سزارین متولد شده‌اند، توصیه به فرزندآوری بیشتر نمی‌کنند (نوربرگ و پانتانو^۱ ۲۰۱۳:۲). میزان مرگ و میر در سزارین ۲ تا ۳ برابر و میزان ناتوانی ۵ تا ۱۰ برابر افزایش می‌یابد (کانینگهام، مک‌دونالد و لئونو^۲، ۱۹۹۳:۶۵). با توجه به موارد بالا و از آنجایی که سیاست‌های کلی افزایش جمعیت در ایران رساندن نرخ باروری به سطح جانشینی (۲/۱) و کمی بیشتر است، همچنین با توجه به آمار بالای سزارین در ایران، و مخصوصاً در شهر اصفهان، توجه به عوامل مرتبط با تصمیم سزارین و تعیین‌کننده آن از بُعد جمعیتی و اجتماعی - اقتصادی اهمیت می‌یابد. بنابراین، لازم است شیوع سزارین کاهش یابد و مداخلات زایمانی به شکل معقول و سنجیده‌ای انجام شوند. در همین راستا دولت دست به اقداماتی در جهت تشویق به زایمان طبیعی زده است از جمله این اقدامات می‌توان به رایگان شدن زایمان طبیعی در مراکز دولتی از اوایل سال ۱۳۹۳ اشاره کرد (وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی ۱۳۹۳). در این پژوهش علاوه بر اینکه تأثیر این سیاست بر تصمیم زنان باردار در زمینه‌ی نوع زایمان بررسی خواهد شد، نقش متغیرهای فردی مانند فردگرایی، تصویربدنی، نگرش نسبت به سزارین و زایمان طبیعی، کنترل تحمل درد (کنترل رفتار درک شده)، به همراه متغیرهایی که از جامعه و هنجارهای اجتماعی متأثر می‌شوند مثل درک از هنجار ذهنی سزارین، و یا توصیه و پیشنهاد پزشک (در مواردی که علل پزشکی وجود نداشته باشد) در پیش‌بینی تصمیم

1. Norberg & Pantano

2. Cunnigham, McDonald & Leveno

سزارین در زنان بررسی می‌شود. و در نهایت پیشنهاداتی در جهت ارائه‌ی سیاست‌هایی در زمینه‌ی تأثیر بر تصمیمات زنان برای نوع زایمان و کاهش سزارین انتخابی ارائه خواهد شد.

پیشینه تجربی پژوهش

محمد بیگی و همکاران (۱۳۸۷) در یک مطالعه‌ی مقطعی بر روی ۴۲۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر شیراز، به بررسی عوامل مؤثر بر انجام سزارین پرداختند و نشان دادند که ۶۶/۴ درصد زایمان‌ها در شهر شیراز به روش سزارین انجام شده که این مقدار در بیمارستان‌های خصوصی ۸۹ درصد و در بیمارستان‌های دولتی ۶۸/۳ درصد بود. مهمترین تعیین‌کننده‌های سزارین پس از کنترل سایر عوامل، سابقه سزارین قبلی، سن بیش از ۳۵ سال و تحصیلات بالاتر نشان داده شد. عباسی شوازی و امیری فراهانی (۱۳۹۱) به بررسی شیوع سزارین، روند تغییرات آن در طی دهه‌های اخیر و عوامل مؤثر بر این تغییرات با تأکید بر عوامل جمعیت‌شناسی پرداختند. نتایج نشان داده است که شیوع سزارین نسبت به دهه‌ی ۵۰ افزایش سه برابری داشته است و روند افزایش با سرعتی بیش از حد انتظار پیش می‌رود. افزایش سن ازدواج، افزایش سن در هنگام تولد اولین فرزند، افزایش میزان اشتغال زنان و دسترسی به خدمات بهداشتی و تکنولوژی پیشرفته‌تر آن‌ها را در سیکل معیوبی قرار می‌دهد و منجر به افزایش سزارین می‌شود. بررسی‌های موجود نشان داده است که روند سزارین رو به فزونی می‌رود و این‌طور عنوان شده است که شاید ارائه بررسی‌های دقیق‌تر و در سطح ملی جهت شناسایی عوامل جمعیت‌شناسی مرتبط با افزایش میزان سزارین و ارائه‌ی راهکارهای مناسب برای کنترل این رشد فزاینده ضروری به نظر برسد.

در پژوهش دیگری و داد هیر و همکاران (۱۳۹۰) با هدف مطالعه نهاد فرزندآوری، عمل سزارین را یک مسئله‌ی اجتماعی فرهنگی قلمداد کرده‌اند. این مقاله با اتخاذ رویکردی برساخت‌گرایی در انسان‌شناسی و با طرح سؤالاتی از جنس چگونگی از ماهیت میان‌ذهنی، تعریفی و برساخت اجتماعی- فرهنگی مسائل مرتبط با زایمان از طریق عمل سزارین در ایران سخن می‌گوید. در این پژوهش، از روش کیفی برای گردآوری داده‌ها از شهر تبریز استفاده شده است و با استفاده از نوعی داده‌کاوی کیفی داده‌ها استخراج و تحلیل شده‌اند. این مقاله ضمن مرور پیشینه پژوهشی موضوع فرزندآوری و سزارین در انسان‌شناسی، نشان می‌دهد که فرزندآوری به‌طور اعم، و سزارین به‌طور اخص، یک برساخته اجتماعی- فرهنگی بوده است. این مطالعه با توجه به هدفی که دنبال می‌کند

دید جامعه‌شناسانه‌ی را نسبت به زایمان سزارین ارائه داده است. در یک مطالعه مروری سیستماتیک، علی‌محمدزاده، محبی و لباف (۱۳۹۲) با اذعان به تأثیر سزارین در ابعاد مختلف به ویژه ساختار جمعیتی کشور، در سه دهه‌ی اخیر، درصد بررسی علل سزارین و چالش‌های پیش روی زایمان طبیعی به منظور ارائه‌ی راهبردهای مدیریت سلامت جمعیت برآمده اند. نتایج مطالعه نشان داده است که 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 شده‌اند. نتایج این مطالعه‌ی سیستماتیک، بر ضرورت واکاوی علمی مسئله‌ی سزارین در تحقیقات بین رشته‌ای و نیز ورود حوزه‌ی علوم انسانی جهت تبیین علل فرهنگی - اجتماعی آن و نیز تنوع بخشی به روش‌های تحقیقاتی و بهره مندی از مطالعات کیفی برای بازشناسی علل فزونی سزارین تأکید می‌کند.

در مطالعه‌ی دیگری احمدنیا و همکاران (۲۰۰۹) به بررسی شیوع سزارین در استان‌های مختلف ایران و مقایسه‌ی ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی زنان متأهلی که سزارین انجام داده‌اند و زنانی که طبیعی زایمان کرده بودند پرداخته‌اند، داده‌ها از پیمایش جمعیت سلامت ایرانیان که نماینده زنان متأهل بودند تحلیل شدند و از بین ۱۷۴۹۱ افراد نمونه که در شهریور ۱۳۷۷ و مهر ۱۳۷۹ وضع حمل کرده بودند، ۳۵ درصد از کل زایمان‌ها به صورت سزارین بوده و زنانی که سزارین کرده بودند به نسبت کسانی که به طور طبیعی زایمان کرده بودند دارای تحصیلات بهتر، مسن‌تر، سن ازدواج بالاتر و تعداد فرزند کمتری داشتند همچنین میزان تغییرات استانی به طور معناداری با شاخص‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی همبستگی داشت.

چهارچوب نظری تحقیق

با توجه به پیچیدگی رفتار اجتماعی، نمی‌توان نظریه خاصی را برای تبیین رفتارهای انسانی جامع و کامل دانست چارچوب نظری مطالعه‌ی حاضر براساس چندین نظریه می‌باشد که شامل تئوری گذار دوم جمعیتی، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و عمل بخردانه و نظریه پزشکی شدن است.

براساس نظریه گذار دوم جمعیتی، تغییر نظام‌های خانوادگی از خانواده گسترده به خانواده هسته‌ای و کاهش باروری به زیر سطح جانشینی، رشد هم‌خانگی و فردگرایی، در

جوامع صنعتی رفتارهای باروری و فرزندآوری در بین زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. عموماً انتقال دوم جمعیت را در نتیجه‌ی تغییرات گسترده در ارزش‌ها و نگرش‌ها و ترکیب آن با نیروهای تاریخی می‌دانند. ایران جامعه‌ای فروپاشی ساختارهای سنتی نظیر اجتماعات عشایری و روستایی و گسترش شهرنشینی که از رشد سریع جمعیت و مهاجرت از روستاها به شهرها می‌باشد، گسترش تحرکات اجتماعی و تعاملات بین فرهنگ‌ها و اقوام متفاوت را تشدید نموده است و مردم به ویژه جوانان را در برابر الگوهای محلی، ملی و جهانی متفاوت و بعضاً متعارض قرار داده و به دنبال آن در خصایص افراد تغییراتی ایجاد شده که یکی از آن‌ها، پشت سر گذاشتن خصوصیات سنتی و تحقق فردگرایی افراد می‌باشد. رشد فردگرایی در جوامع جدید به شدت ساختار خانواده را تحت تأثیر قرار داده است. جوانان اکنون بیش از گذشته به دنبال شیوه‌ای از زندگی هستند که کمتر قید و بندهای سنتی را با خود داشته باشد به ویژه این مسئله که روش زندگی والدین برای جوانان چندان الگوی از پیش تعیین شده نمی‌باشد. افراد دوست دارند دست به انتخاب بزنند. رشد تحصیلی فرزندان، افزایش استفاده از رسانه‌های نوین از جمله اینترنت و ماهواره، و نیز دسترسی به اطلاعات گسترده، اشتغال زنان، آزادی‌های نسبی، حق انتخاب، تغییر شیوه‌ی زندگی افراد از جمله عوامل رشد فردگرایی بوده است (معدفر و صبوری خسروشاهی، ۱۳۸۹: ۹۴). در جریان فردگرایی، استقلال فردی و مسئولیت‌پذیری افراد افزایش یافته و در جهت تأمین منافع فردی و جمعی به صورت خلاق و سازنده حرکت می‌نماید. لذا نقش فردگرایی و نگرش‌های مدرن در تصمیم‌سزاین بر اساس این مبنای نظری می‌باشد.

الگوهای مطالعه‌ی رفتار می‌توانند در بررسی دیدگاه‌های مردم نسبت به رفتارهای بهداشتی حائز اهمیت باشند، بر اساس مطالعات انجام شده یکی از بهترین مدل‌هایی که در ارتباط با نگرش و رفتارهای باروری می‌تواند مورد استفاده قرار بگیرد مدل رفتار برنامه‌ریزی شده^۱ است (آیزن^۲ ۱۹۹۱). این الگو بر مبنای یک تئوری روانشناختی به نام تئوری عمل بخردانه^۳ پایه‌گذاری شده است. فرضیات این تئوری این است که اولاً مردم تصمیمات رفتاریشان را بر پایه بررسی معقول و منطقی اطلاعات در دسترس اتخاذ می‌کنند و ثانیاً مردم پیامد و نتایج عملکرد خود را قبل از اتخاذ تصمیم مورد توجه قرار

1. Theory of Planned Behavior
2. Ajzen
3. Theory of Reason Action

می‌دهند (گلانز، ریمرو و ویسوانات^۱ ۲۰۰۸). بر اساس الگوی رفتاربرنامه‌ریزی شده، مهمترین تعیین‌کننده رفتار فرد، قصد رفتاری است که فیشباین^۲ و آیزن قصد آن را قضاوت احتمالی فرد از نوع رفتار مورد نظری بیان کرده‌اند، قصد فرد برای انجام یک رفتار ترکیبی از نگرش نسبت به رفتار و هنجارهای ذهنی و کنترل رفتار درک شده است (آیزن ۲۰۰۲). نگرش، شامل عقاید زن باردار نسبت به روش زایمان خود و ارزیابی‌هایی که از نتایج انتخاب خود دارد می‌شود و هنجار ذهنی شامل درک از هنجارهای اجتماعی در زمینه‌ی زایمان سزارین و زایمان طبیعی می‌باشد. علاوه بر آن می‌توان از افرادی که در تصمیم‌گیری زن باردار در انتخاب روش زایمان مؤثرند نیز نام برد زنان بر مبنای ادراکشان از آنچه‌که دیگران فکر می‌کنند عمل می‌کنند و قصد آن‌ها جهت پذیرش سزارین یا زایمان طبیعی به صورت بالقوه، متأثر از افراد مهمی است که ارتباط نزدیکی به آن‌ها دارند مثل پزشک، همسر و غیره. سپس کنترل رفتار درک شده بیانگر این مسئله است که چقدر یک زن باردار توانایی کنترل درد زایمان را دارد. بنابراین، از نظریه تئوری رفتاربرنامه‌ریزی شده و عمل بخردانه برای تبیین نگرش فرد نسبت به سزارین و زایمان طبیعی، درک هنجار در خصوص نوع زایمان و احساس کنترل در برابر تحمل درد زایمان (کنترل رفتار درک شده) و اهمیت قصد سزارین برای انجام سزارین استفاده می‌شود.

پزشکی شدن، فرایندی را توصیف می‌کند که توسط 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. با چنین تعریفی، برخی تحلیلگران، اظهار نموده‌اند که افزایش اقتدار و قلمرو پزشکی در زمره‌ی یکی از قوی‌ترین تحولات و دگرگونی‌ها در نیم قرن اخیر دنیای غرب بوده است (کانراد^۳ ۲۰۰۷؛ کانراد، مکی و مهرتورا^۴ ۲۰۱۰). انتقال تولد از خانه به بیمارستان و کنترل فرایند تولد به وسیله‌ی متخصصان زنان و زایمان، نمونه‌ی عالی پدیده پزشکی شدن تولد است. از نظر تاریخی، زنان، زایمان را بدون کمک پزشکی و عموماً با کمک زنان دیگر که تجربه کمک به زائو داشتند، انجام می‌دادند. کودکان بدون دخالت در خانه متولد می‌شدند. هیچ کدام از این‌ها در جوامع مدرن و صنعتی بدون وسایل پزشکی و بیمارستانی اتفاق نمی‌افتد، زیرا در این جوامع اشخاص حرفه‌ای به مادر کمک می‌کنند و اعتماد به فناوری جایگزین اعتماد به طبیعت

1. Glanz, Rimer, & Viswanath
2. Fishbein
3. Peter Conrad
4. Mackie & Mehrotra

زنان شده است، تا جایی که تجهیزات و دستگاه‌ها لوازمی ضروری برای تولد کودک به حساب می‌آیند و بین نگرش مادران و پزشکان تفاوتی کیفی به وجود می‌آید. امروزه با حاملگی به مانند یک بیماری برخورد می‌شود. یعنی، جریان تولد یک کودک، رویه‌ای است که در ذهن مادر توسط پزشک ساخته می‌شود تا خود مادر. مادر از ابتدای حاملگی تا زمانی که فرزندش متولد می‌شود تحت مراقبت پزشکی قرار می‌گیرد. این دوره برای مادر با دیگر جنبه‌های زندگی اجتماعی او گره خورده است، زیرا با تولد اولین فرزندش، او نقش اجتماعی جدیدی پیدا می‌کند و تغییرات عمیقی در موقعیت مالی، وضعیت تأهل، موقعیت منزل مسکونی و روابط شخصی او با دیگران حاصل می‌شود (کیوان‌آرا، ژیان‌پور و ژیان‌پور، ۲۶۶:۱۳۸۹). شیوع عمل سزارین در سطح جهانی و در ایران مؤید آن است که زندگی زنان به شکل روزافزونی در حال پزشکی شدن است و زنان در دوره‌ی بارداری بیش از پیش به دانش پزشکان وابسته می‌شوند و به رغم عوارض و پیامدهای منفی گسترده‌ای که استفاده از عمل جراحی سزارین می‌تواند برای مادر و کودک به وجود آورد، همچنان شاهد افزایش آن بدون دلایل قانع‌کننده‌ی پزشکی هستیم. تصور ایجاد شده از درد زایمان و پیامدهای زایمان طبیعی توسط پزشکان سبب می‌شود مادران برای رهایی از پیامدهای زایمان طبیعی به سزارین رو بیاورند.

لذا در تحقیق حاضر از تئوری‌های فوق در تبیین عوامل مؤثر بر نحوه‌ی زایمان استفاده می‌شود. به بیانی دیگر، سعی خواهد شد با بهره‌گیری و ترکیب نظریه‌های متناسب با موضوع و جامعه مورد بررسی به تبیین عوامل تعیین‌کننده تصمیم سزارین در برابر زایمان طبیعی در زنان باردار شهر اصفهان استفاده کرد.

پرسشنامه محقق ساخته شامل ۶۱ سؤال و گویه بوده است. بخش اول شامل اطلاعات فردی، جمعیتی و اقتصادی اجتماعی، دارای ۱۷ گویه بود. در بخش دوم نگرش در خصوص تصمیم به سزاین، شامل ۱۰ گویه، بخش سوم کنترل رفتار درک شده شامل ۷ گویه، بخش چهارم هنجار ذهنی شامل ۱۰ گویه، بخش پنجم تصویر بدنی شامل ۵ گویه، بخش ششم فردگرایی شامل ۶ گویه، بخش هفتم نقش پزشک شامل ۶ گویه، بود.

نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران

جدول ۱ - مقیاس‌های پژوهش در رابطه با تصمیم‌زایمان طبیعی و تصمیم‌سزاین

مقیاس	گویه‌ها	طیف و جهات نمرات
نگرش به تصمیم‌سزاین و تصمیم‌زایمان طبیعی (۱۰ گویه)	سزاین راحت‌تر از زایمان طبیعی است.	طیف (۵-۱۰) نمره بیشتر = نگرش مثبت به سزاین نمره کمتر = نگرش منفی به سزاین
	چون بیمه تکمیلی دارم نگران هزینه‌های سزاین نیستم.	
	چون در سزاین بی‌هوش می‌شوم، راحت‌تر هستم.	
	بچه سزاینی باهوش‌تر است.	
	هر چه هزینه زایمان بیشتر شود، ارزش من برای همسرم بیشتری شود.	
	سزاین از مرگ نوزاد جلوگیری می‌کند.	
	بعثت برخورد نامناسب پرسنل زایشگاه در طی ساعات درد کشیدن زایمان طبیعی، سزاین را ترجیح می‌دهم.	
رسیدگی به بیمار در طی سزاین بهتر از زایمان طبیعی است.	کنترل رفتار درک شده (۷ گویه)	
کسانی که فقط یک یا دو فرزند می‌خواهند بهتر است سزاین شوند.		
به خاطر اطلاع از زمان دقیق زایمان در سزاین، ترجیح می‌دهم سزاین کنم.		
فکرمی‌کنم می‌توانم درد زایمان طبیعی تحمل کنم.		
اصلاً حاضر نیستم هیچ دردی را تحمل کنم (نمره معکوس).		
با اینکه می‌دانم درد زایمان طبیعی زیاد است اما می‌توانم آن را تحمل کنم.		
درد بیشتر زایمان طبیعی را به شوق تولد فرزندم تحمل می‌کنم.		
فکرمی‌کنم زایمان طبیعی برای من خیلی سخت است (نمره معکوس).	هنجار ذهنی (۱۰ گویه)	
نمی‌توانم با دردهای زایمان طبیعی مقابله کنم. (نمره معکوس).		
با توکل به خداوند درد زایمان طبیعی را تحمل می‌کنم.		
در بین دوستانم کسانی هستند که زایمان طبیعی را حتی داشته‌اند، من هم زایمان طبیعی می‌کنم (نمره معکوس).		
کتاب‌هایی درباره‌ی زایمان مطالعه کردم و تصمیم گرفتم زایمان طبیعی کنم (نمره معکوس).		
بنا به توصیه کارکنان بهداشتی (ماما و ...) زایمان طبیعی می‌کنم.		
ترجیح می‌دهم که زایمان طبیعی کنم چون مادرم مرا با زایمان طبیعی به دنیا آورده است (نمره معکوس).		
امروزه همه سزاین می‌کنند.	تصویرپردنی (۵ گویه)	
امروزه پزشکان سزاین را توصیه می‌کنند.		
در دورانی که تکنولوژی‌های فراوان وجود دارد چرا باید درد زایمان را تحمل کنم.		
چون تجربه‌ی سزاین بدون مشکل در خانواده‌ام وجود دارد، سزاین می‌کنم.		
جلوی فامیل خجالت می‌کشم اگر زایمان طبیعی کنم.		
کسانی که امکانات ندارند زایمان طبیعی می‌کنند.		
چون روی شکمم جای بخیه می‌ماند نمی‌خواهم سزاین شوم (نمره معکوس).		فردگرایی (۶ گویه)
سزاین از شل شدنگی دستگانه تاناسلی پس از زایمان جلوگیری می‌کند.		
پس از زایمان طبیعی افتادگی مثانه و رحم ایجاد می‌شود.		
بعد از سزاین شکمم بزرگ می‌شود (نمره معکوس).		
پس از زایمان طبیعی بدن سریع‌تر به حالت قبل برمی‌گردد (نمره معکوس).		
من علاقه دارم کارهایی را که خود فکرمی‌کنم درست است انجام دهم به جای اینکه صرفاً کارهایی را انجام دهم که مورد تحسین دیگران باشم.		
من هدف‌های زندگی‌ام را خود تعیین می‌کنم تا اینکه دیگران آنها را تعیین کنند.	نقش پزشک (۶ گویه)	
من ترجیح می‌دهم به گونه‌ای فکر کنم و تصمیم‌گیری کنم که به نتیجه دلخواه خود برسم تا اینکه نگران واکنش دیگران باشم.		
هر چند با دیگران مشورت می‌کنم اما فکرمی‌کنم در نهایت خودم بهتر می‌توانم تصمیم‌گیری کنم.		
هر کس باید تا جایی که ممکن است در زندگی‌اش مستقل از دیگران باشد.		
من عواطف و احساساتم به دیگران را آزادانه و بی‌پروا بیان می‌کنم.		
پزشک و یا ماما برای سلامت نوزاد به من توصیه اکید کردند که زایمان سزاین داشته باشم.		
پزشک و یا ماما برای سلامتی خودم، به من توصیه اکید کردند تا سزاین داشته باشم.		
اغلب پزشکان توصیه به انجام سزاین می‌کنند.	نقش پزشک (۶ گویه)	
پزشک در تصمیم من برای نوع زایمان نقشی نداشته است (نمره معکوس).		
با مشورت با پزشک خود تصمیم من از طبیعی به سزاین تغییر کرد.		
با مشورت با پزشک خود تصمیم من از سزاین به طبیعی تغییر کرد (نمره معکوس).		
پزشک و یا ماما برای سلامت نوزاد به من توصیه اکید کردند که زایمان سزاین داشته باشم.		
پزشک و یا ماما برای سلامتی خودم، به من توصیه اکید کردند تا سزاین داشته باشم.		
اغلب پزشکان توصیه به انجام سزاین می‌کنند.		
پزشک در تصمیم من برای نوع زایمان نقشی نداشته است (نمره معکوس).		
با مشورت با پزشک خود تصمیم من از طبیعی به سزاین تغییر کرد.		
با مشورت با پزشک خود تصمیم من از سزاین به طبیعی تغییر کرد (نمره معکوس).		

اعتبار و روایی پرسش‌نامه

برای سنجش اعتبار پرسش‌نامه از اعتبار صوری و محتوایی استفاده کردیم برای اعتبار صوری، اعتبار شاخص‌ها یا معرف‌های پژوهش را از طریق مراجعه به داوران و متخصصین بررسی نموده. پرسش‌نامه سپس در اختیار ۲۰ نفر از زنان باردار شهر اصفهان که در ماه‌های پایانی بارداری بودند به طور تصادفی قرار گرفت تا اشکالات و نواقص آن برطرف گردد و همه درک واحدی از پرسش‌ها داشته باشند. سپس برای بررسی اعتبار مقیاس‌ها از تحلیل عامل تأییدی استفاده کردیم که از بین گویه‌های یک مقیاس، گویه‌هایی که همسانی درونی با دیگر گویه‌ها نداشتند حذف گردیدند. سپس روایی گویه‌ها به وسیله‌ی آلفای کرونباخ سنجیده شد، همه مقیاس‌ها، آلفای بالاتر از ۰/۷۰ داشتند.

یافته‌های تحقیق

از بین ۴۰۶ نمونه پاسخگویان، ۲۹ درصد در گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال، حدود ۵۵ درصد در گروه سنی ۲۵ تا ۳۱ سال، و حدود ۱۶ درصد در گروه سنی ۳۲ تا ۳۸ سال قرار داشتند، همچنین میانگین سن پاسخگویان برابر با ۲۶/۶ سال ($SD=4,44$) بود. حداقل سن ۱۸ و حداکثر سن ۳۸ سال بوده و بیشترین فراوانی متعلق به ۲۸ ساله‌ها است. و انحراف معیار برابر با ۴/۴ می‌باشد. و طبق بررسی حاصل پیرامون وضعیت تحصیلی زنان باردار، ۱۱/۳ درصد زنان دارای تحصیلات ابتدایی، راهنمایی و متوسطه بودند، ۴۰/۴ درصد دارای دیپلم، و ۴۸/۳ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی (فوق دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد و بالاتر) بودند. از لحاظ وضعیت شغلی زنان باردار، ۴/۴ زنان شاغل به صورت تمام وقت بودند، ۱۰/۱ درصد زنان شاغل به صورت نیمه وقت بودند و ۸۵/۵ از زنان خانه‌دار بودند. همچنین از نظر درآمد ماهیانه‌ی خانواده، ۱۸/۱ درصد درآمدی کمتر از ۸۰۰ هزار تومان داشتند. ۶۷/۲ درصد دارای درآمد بین ۸۰۰ هزار تومان تا ۱ میلیون تومان بودند. ۱۴/۶ درصد درآمدی بیش از ۱ میلیون تومان داشتند. طبق بررسی حاصل پیرامون تصمیم‌زایمان طبیعی به دلیل رایگان شدن آن مشخص شد که ۸۱/۲ درصد رایگان شدن زایمان طبیعی را در انتخاب زایمان طبیعی خیلی کم مؤثر می‌دانستند، ۱۲/۱ درصد کم، ۴ درصد متوسط، ۲/۷ درصد زیاد و خیلی زیاد مؤثر می‌دانستند.

نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران

جدول ۲: توزیع پاسخ‌گویان بر حسب مشخصه‌های جمعیت‌شناسی، اجتماعی-اقتصادی

درصد	تعداد		
۲۹/۴	۱۱۹	۲۴ تا ۱۸	گروه سنی
۵۴/۸	۲۲۲	۳۱ تا ۲۵	
۱۵/۸	۶۴	۳۸ تا ۳۲	
۱۱/۳	۴۶	ابتدایی، راهنمایی، متوسطه	وضعیت تحصیلات
۴۰/۴	۱۶۴	دیپلم	
۴۸/۳	۱۹۶	تحصیلات دانشگاهی	
۴/۴	۱۸	شاغل به صورت تمام وقت	وضعیت اشتغال
۱۰/۱	۴۱	شاغل به صورت نیمه وقت	
۸۵/۵	۳۴۷	خانه دار	
۱۸/۱	۷۳	کمتر از ۸۰۰ هزار تومان	وضع درآمد ماهیانه‌ی خانواده
۶۷/۲	۲۷۱	بین ۸۰۰ هزار تومان تا ۱ میلیون	
۱۴/۶	۵۹	بیش از یک میلیون تومان	
۱۰۰	۴۰۶	کل	

جدول ۳: توزیع پاسخ‌گویان بر حسب تصمیم زایمان طبیعی به دلیل رایگان شدن

درصد	تعداد		
۸۱/۲	۳۲۹	خیلی کم	تصمیم زایمان طبیعی به دلیل رایگان شدن
۱۲/۱	۴۹	کم	
۴	۱۶	متوسط	
۲/۷	۱۱	زیاد و خیلی زیاد	
۱۰۰	۴۰۶	جمع	

تحلیل دو متغیره

نتایج حاصل از آزمون کای دو و χ^2 کرامر حاکی از آن است که بین وضعیت اشتغال با تصمیم نوع زایمان رابطه معناداری وجود ندارد. درحالی‌که بین میزان تحصیلات و تصمیم سزارین رابطه معناداری وجود دارد. جدول ۴ نشان می‌دهد فقط ۳۷/۲ درصد از زنان با تحصیلات زیر دیپلم تصمیم سزارین و حدود ۷۰٪ زنان دیپلمه تصمیم سزارین داشته

و درصد خیلی بیشتر (۸۷/۶ درصد) زنان با تحصیلات دانشگاهی، تصمیم سزارین داشتند و فقط ۱۲/۴ درصد این زنان تصمیم زایمان طبیعی داشتند.

همچنین در تحلیل دو متغیره نشان داده شد که بین دو متغیر درآمد با تصمیم نوع زایمان رابطه معناداری وجود دارد. ۸۹/۸ درصد از زنانی که درآمدی بیش از یک میلیون تومان داشتند تصمیم سزارین داشتند، ۸۱/۳ درصد از زنانی که درآمدی بین ۸۰۰ هزار تومان تا یک میلیون تومان داشتند تصمیم سزارین داشتند، ۳۸/۶ درصد از زنانی که درآمدی کمتر از ۸۰۰ هزار تومان داشتند تصمیم سزارین داشتند.

بین سن فرزندآوری و انتخاب سزارین رابطه معنی داری وجود نداشت، این تحلیل را در بین زنانی که اولین فرزند خود را باردار هستند و هم زنانی که دومین فرزند خود را باردار هستند، انجام شده است و در هر دو گروه اختلاف معنی داری بین سن زنان وجود نداشت.

در آخرین تعداد فرزند قصد شده و تصمیم نوع زایمان رابطه معناداری وجود دارد. ۸۳/۳ درصد از زنانی که قصد داشتن تنها یک فرزند دارند تصمیم سزارین داشتند و بقیه (۱۶/۷ درصد) از این زنان تصمیم زایمان طبیعی داشتند. درحالی که ۷۶/۴ درصد از زنانی که قصد داشتن دو فرزند داشتند تصمیم سزارین داشتند و فقط ۴۲/۵ درصد زنانی که قصد داشتن سه فرزند و بیشتر داشتند تصمیم سزارین داشتند. ($P > 0.001$).

نامه انجمن جمعیت شناسی ایران

جدول ۴- تحلیل دو متغیره ویژگی های جمعیتی، اجتماعی- اقتصادی زنان با تصمیم سزارین و زایمان طبیعی

P-Value	قصد زایمان طبیعی		قصد سزارین		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۲	وضعیت اشتغال (درصد)				
	۱۷/۵	۱۰	۸۲/۵	۴۷	شاغل به صورت تمام وقت و به صورت نیمه وقت خانه دار
۰/۰۰۱	وضعیت تحصیلات (درصد)				
	۶۲/۸	۲۷	۳۷/۲	۱۶	ابتدایی، راهنمایی، متوسطه
	۳۰/۱	۴۹	۶۹/۹	۱۱۴	دبیرلم
۰/۰۰۱	درآمد خانواده				
	۱۲/۴	۲۴	۸۷/۶	۱۷۰	دانشگاهی
	۶۱/۴	۴۳	۳۸/۶	۲۷	کمتر از ۸۰۰ هزار تومان
	قصد فرزندآوری (درصد)				
	۱۸/۷	۵۰	۸۱/۳	۲۱۸	بین ۸۰۰ تا ۱ میلیون تومان
	۱۰/۲	۶	۸۹/۸	۵۳	بیشتر از ۱ میلیون تومان
۰/۰۰۱	یک				
	۱۶/۷	۱۳	۸۳/۳	۶۵	قصد فرزندآوری (درصد)
	۲۳/۶	۶۱	۷۶/۴	۱۹۸	دو
	۴۲/۵	۲۳	۵۷/۵	۱۷	سه و بیشتر
	نمی دانم				
	۱۳/۰	۳	۸۷/۰	۲۰	
سن (میانگین)					
۰/۵۲	۲۴/۷	۶۹	۲۵/۰	۱۴۶	سن زنانی که اولین فرزند خود را باردارند.
۰	(SD=۳/۷۷)		(SD=۴/۴۳)		
۰/۱	۲۸/۰۴	۲۶	۲۸/۱۴	۱۴۳	سن زنانی که دومین فرزند خود را باردارند.
	(SD=۳/۶۳)		(SD=۴/۴۳)		

مقایسه‌ی درصدهای سطری با استفاده از آزمون کای اسکوار و مقایسه‌ی میانگین‌ها با شاخص آماری تی تست صورت گرفته است. $p\text{-value } ۰/۰۵$ معرف معنی داری در سطح اطمینان ۹۵٪ است. $p\text{-value } ۰/۰۱$ معرف معناداری در سطح اطمینان ۹۹٪ و $p\text{-value } ۰/۰۰۱$ معرف معنی داری در سطح اطمینان بالای ۹۹٪ است.

در جدول شماره ۵ آزمون تی نشان می‌دهد زنانی که قصد سزارین دارند نگرش مثبت‌تری نسبت به سزارین داشتند نسبت به زنان دیگر. در مورد کنترل رفتار درک شده چنانچه پیش از این گفته شد درجه‌ای از احساس زن باردار است در مورد این‌که تا چه حد می‌تواند درد زایمان طبیعی را تحمل کند. بنابراین نشان دهنده‌ی کنترل رفتاری بیشتر در بین زنانی است که تصمیم زایمان طبیعی دارند و کنترل رفتار درک شده‌ی کمتر در بین زنانی است که تصمیم سزارین دارند. داشتن هنجار ذهنی مثبت نشانگر

بررسی عوامل تعیین‌کننده تصمیم سزارین در برابر زایمان طبیعی...

داشتن درک بیشتر از هنجارهای جامعه و اطرافیان نسبت به سزارین است. زنانی که هنجار ذهنی مثبتی نسبت به سزارین داشتند بیشتر تصمیم سزارین داشته و زنانی که هنجار ذهنی منفی نسبت به سزارین داشتند تصمیم بیشتر به زایمان طبیعی داشتند بنابراین می‌توان نتیجه گرفت زنان نمونه درک هنجاریشان به نفع سزارین بوده است و بنابراین بیشتر تصمیم به سزارین می‌گیرند. همچنین زنانی که به تصویر بدنی خود بیشتر اهمیت می‌دادند بیشتر تصمیم به سزارین می‌گرفتند. به علاوه میزان فردگرایی بر حسب قصد زایمان در بین پاسخگویان مورد مطالعه یکسان نبود، به این معنی که زنانی که قصد سزارین داشتند، فردگراتر بوده‌اند و در مقابل زنانی که تصمیم زایمان طبیعی داشتند کمتر فردگرا بودند. در مورد نقش پزشک و توصیه که پزشک به زنان باردار می‌کند این نتیجه حاصل شد که در تصمیم سزارین زنان، پزشک نقش عمده‌ای را ایفا کرده است.

جدول ۵: تحلیل دو متغیره منتخبی از مقیاس‌های نگرشی، هنجاری و سایر مقیاس‌ها با قصد سزارین و زایمان طبیعی با استفاده از تی تست

سطح معنی داری	قصد زایمان						مقیاس
	طبیعی			سزارین			
	انحراف معیار	میانگین	جمع	انحراف معیار	میانگین	جمع	
۰/۰۰۱	۵/۸۶	۲۲/۷۳	۹۶	۶/۳۰	۳۲/۲۷	۲۹۲	نگرش
۰/۰۰۱	۴/۲۵	۲۶/۳۴	۹۹	۴/۹۳	۱۷/۹۵	۲۷۹	کنترل رفتار درک شده
۰/۰۰۱	۵/۹۴	۲۲/۰۵	۱۰۰	۴/۷۱	۳۳/۹۷	۲۹۶	هنجار ذهنی
۰/۰۰۱	۳/۴۷	۱۱/۸۵	۱۰۰	۳/۱۲	۱۸/۲۹	۳۰۰	تصویر بدنی
۰/۰۰۱	۶/۱۴	۲۰/۶۸	۱۰۰	۴/۶۰	۲۳/۲۹	۲۹۹	فردگرایی
۰/۰۰۱	۳/۲۸	۱۵/۴۱	۱۰۰	۴/۷۹	۲۱/۳۵	۳۰۰	نقش پزشک

مقایسه‌ی میانگین‌ها با شاخص آماری تی تست صورت گرفته است. $p\text{-value } ۰/۰۵$ > معرف معنی داری در سطح اطمینان ۹۵٪ است. $p\text{-value } ۰/۰۱$ معرف معناداری در سطح اطمینان ۹۹٪ و $p\text{-value } ۰/۰۰۱$ معرف معنی داری در سطح اطمینان بالای ۹۹٪ است.

تحلیل رگرسیون لجستیک دو وجهی

متغیرهای معنی‌دار در تحلیل دو متغیره که با هم همبستگی زیادی نداشتند، به

روش گام به گام وارد دو مدل رگرسیون لجستیک شدند. متغیر نگرش، هنجار ذهنی، و کنترل رفتار درک شده همبستگی قوی با هم داشتند که ورود آنها با هم مشکل چند هم‌خطی^۱ بودن را ایجاد می‌کند، این حالت زمانی ایجاد می‌شود که متغیرهای مستقل قویاً به هم همبسته‌اند در این صورت تفکیک تأثیر مستقل آن‌ها غیرممکن و برآوردهای رگرسیونی بی‌ثبات می‌شوند یکی از طرق ساده‌ی تشخیص چند هم‌خطی بودن بررسی همبستگی‌های مرتبه‌ی صفر^۲ در بین هر یک از متغیرهای مستقل است همبستگی‌های بیش از ۰/۷ در نمونه‌های بزرگ احتمالاً مبین چند هم‌خطی بودن است (دواس، ۱۳۷۶: ۲۱۸). و عامل تورم واریانس^۳ بیشتر از ۱۰ نیز مبین چندخطی بودن است. همبستگی مرتبه صفر نگرش، کنترل رفتار درک شده و هنجار ذهنی کمتر از ۰/۷۰ و عامل تورم واریانس کمتر از ۱۰ می‌باشد. پس می‌توان این متغیرها را وارد رگرسیون لجستیک کرد. متغیرهای دیگر مثل درآمد، قصد فرزندآوری، تحصیلات که با همدیگر همبستگی قوی نداشتند را نیز وارد رگرسیون می‌کنیم. در این پژوهش دو مدل ارائه شده است. مدل اول تمام متغیرهای پژوهش را شامل می‌شود، ولی در مدل دوم به دلیل آن‌که هنجار ذهنی و کنترل رفتار درک شده و نگرش همبستگی قوی با هم داشتند فقط نگرش را وارد می‌کنیم و دو متغیر دیگر را در این مدل وارد نمی‌کنیم.

بنابراین در مدل ۱، براساس نسبت برتری^۴ زنانی که تحصیلات دانشگاهی دارند احتمال تصمیم سزارین آنها ۴ برابر زنانی است که دارای تحصیلات زیر دیپلم هستند ($P < 0.001$). در حالیکه درآمد به عنوان یک عامل معنی دار در مدل باقی نماند. اما با ورود تعداد فرزند قصد شده احتمال سزارین برای زنان با قصد تک فرزندی بیشتر از بقیه بود ($P < 0.001$). پس از کنترل اثر تحصیلات، تعداد فرزند قصد شده و درآمد، تعیین کننده‌های معنی‌دار تصمیم سزارین عبارتند از هنجار ذهنی در خصوص سزارین، تصویر بدنی و نقش پزشک. در حالی‌که نگرش نسبت به سزارین، کنترل رفتار درک شده و فردگرایی به عنوان متغیرهای معنی‌دار در مدل باقی نماندند. این مدل نشان داد که با بالا رفتن یک نمره هنجار ذهنی زنان نسبت به سزارین (مبنی بر اینکه سزارین مورد پذیرش بیشتر در اجتماع است)، احتمال تصمیم سزارین ۱/۱۹ برابر می‌شود ($P < 0.001$). همچنین با بالا رفتن یک نمره تصویر بدنی (اهمیت تصویر بدنی در نگاه زن)، احتمال تصمیم سزارین ۱/۴۶ برابر

1. Multicollinearity
2. Zero order
3. Variance Inflation Factor (VIF)
4. Odds Ratio

بررسی عوامل تعیین‌کننده تصمیم سزارین در برابر زایمان طبیعی...

می‌شود ($P > 0,001$). و در نهایت با بالا رفتن یک نمره به مقیاس نقش پزشک، احتمال تصمیم سزارین $1/33$ برابر می‌شود ($P > 0,001$). در مدل فوق فردگرایی، نگرش و کنترل رفتاری معنی‌دار نشدند. درحالی‌که در مدل رگرسیونی دوم که متغیر هنجار ذهنی و کنترل رفتاری وارد مدل نشدند، نگرش و فردگرایی به همراه تصویر بدنی و نقش پزشک به عنوان تعیین‌کننده‌های تصمیم سزارین در مدل باقی ماندند. لذا می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر نگرش و فردگرایی از طریق هنجار ذهنی بر تصمیم سزارین اعمال می‌شود.

مدل رگرسیونی اول نشان داد که در تصمیم زنان برای سزارین، "هنجارهای اجتماعی در مورد سزارین"، "تصویر بدنی و اهمیت آن" و "نقش توصیه‌ها و پیشنهادات پزشک" سه تعیین‌کننده مهم است. در مدل رگرسیون دیگری که بدون ورود هنجار ذهنی و درک از کنترل رفتاری، مدل برازش گردید متغیرهای نگرش، فردگرایی به همراه تصویر بدنی و نقش پزشک به عنوان متغیرهای معنی‌دار در مدل باقی ماندند، لذا می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای نگرش و فردگرایی در حضور هنجار ذهنی و کنترل رفتاری، تأثیر خود را از دست می‌دهند و در عوض درک از هنجار ذهنی، معنی‌دار می‌شوند. می‌توان نتیجه گرفت که هنجار ذهنی عامل مهمتری از نگرش فردی و کنترل ادراکی رفتار است ولی در نبود هنجار اجتماعی از سزارین، نگرش فردی و فردگرایی تعیین‌کننده‌های مهم تصمیم سزارین می‌باشند.

جدول شماره ۶ - تعیین‌کننده‌های تصمیم سزارین با استفاده از دو مدل تحلیل چند متغیره

مدل ۲				مدل ۱				
Sig	Exp(B)	S.E	B	Sig	Exp(B)	S.E	B	
./000	1/14	./035	./135	-	-	-	-	مقیاس نگرش (طیف ۱-۵۰)
				-	-	-	-	مقیاس کنترل رفتار درک شده (طیف ۷-۳۵)
				./000	1/195	./45	./203	مقیاس هنجار ذهنی (طیف ۱-۵۰)
./000	1/578	./062	./456	./000	1/422	./69	./278	مقیاس تصویر بدنی (طیف ۵-۲۵)
./43	1/085	./040	./081	-	-	-	-	مقیاس فردگرایی (طیف ۶-۳۶)
./000	1/385	./062	./326	./000	1/326	./065	./263	مقیاس نقش پزشک (طیف ۶-۳۶)
./000	./000	2/202	-17/336	./000	./000	1/828	-15/141	عدد ثابت
Nagelkerk R Square=0.771 Cox-Snell R-Square=0.524				Nagelkerk R Square=0.787 Cox-Snell R-Square=0.543				

در اولین مدل رگرسیون لجستیک تمام متغیرها وارد مدل شدند اما در مدل دوم، هنجار ذهنی و کنترل رفتار درک شده به منظور جلوگیری از مشکل چند هم‌خطی وارد رگرسیون لجستیک نشدند به دلیل اینکه بین این متغیرها و نگرش نسبت به سزارین همبستگی بالایی وجود داشت. به علاوه در هر دو مدل، نقش تحصیلات، درآمد و قصد فرزندآوری کنترل شده است.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که بین سطح سواد و درآمد زنان و انتخاب سزارین رابطه وجود دارد اما وضعیت اشتغال مادران در این مطالعه تأثیری را روی انتخاب سزارین نشان نداد شاید به این دلیل بوده است که اکثریت زنان نمونه چه آنهایی که تصمیم سزارین داشتند و چه آنهایی که تصمیم زایمان طبیعی داشتند خانه‌دار بودند و بنابراین اگر وضعیت به صورتی بود که تعداد زنان شاغل بیشتر بود، احتمالاً نتیجه‌ی دیگری به دست می‌آمد. نقش تحصیلات در مطالعه‌ی گروارودی در سال ۱۳۷۸ نیز نشان داده شد. در مطالعه او که بر روی ۲۱۲۰ زن اول‌زا در تهران انجام شد، رابطه معنی‌داری بین فراوانی سزارین و سطح سواد دیپلم و بالاتر مادران، همچنین اشتغال مادر و وضعیت اقتصادی اجتماعی بالا به دست آمد. اما در مطالعه‌ای که شریعت و همکاران (۱۳۸۱) در تهران انجام دادند بین وضعیت اقتصادی اجتماعی و میزان سزارین رابطه معنی‌داری را به دست نیاوردند.

افزایش فردگرایی و توجه به فرد، یکی از عواملی است که بر بسیاری از رفتارهای انسانی از جمله تعداد فرزندان ایده آل و قطعی افراد در سال‌های اخیر تأثیر گذارده است. مسلماً وقتی تعداد کمتری فرزند مد نظر است، اقبال به سزارین بیشتر خواهد شد چرا که یکی از دلایل سزارین، سزاین قبلی است و اگر خانمی تصمیم داشته باشد تعداد فرزند بیشتری داشته باشد کمتر ممکن است تمایل به سزارین داشته باشد. احتمال تصمیم سزارین در زنانی که قصد داشتن یک فرزند را داشته‌اند بیشتر از زنانی بود که قصد داشتن چند فرزند را داشتند. این رابطه تنها در مورد زنانی که قصد تک‌فرزندی داشتند معنادار شد و در مورد زنانی که بیش از یک فرزند می‌خواستند رابطه‌ی معناداری مشاهده نشد. درست است که قصد باروری در مدل به عنوان متغیر تعیین‌کننده نشان داده نشده ولی احتمالاً به علت همبستگی بالای منفی بین قصد باروری و فردگرایی، این متغیر در مدل معنی‌دار نمانده است. چنانچه در مطالعه‌ای که خلیج‌آبادی فراهانی و سرایی (۱۳۹۱) انجام دادند رابطه‌ی معنی‌داری بین قصد تک‌فرزندی و فردگرایی زنان مشاهده شده است. براساس یافته‌های

این تحقیق سن، نگرانی‌های اجتماعی فرزند پروری، فردگرایی، آرمان گرایی و نگرش‌های جنسیتی تساوی طلبانه از جمله عواملی هستند که در قصد افراد برای داشتن تنها یک فرزند تأثیرگذار بوده اند. ایده‌ی تک فرزندی در بین زوجهای جوان، موجب شده است که زنان جوان ترجیح دهند نخستین و تنها زایمانشان بدون درد و تغییر فرم بدن باشد (علی محمدزاده، محبی و لیا، ۱۳۹۲: ۴۵).

در این مطالعه نشان داده شد که اکثر قریب به اتفاق افراد رایگان شدن زایمان طبیعی را مشوقی برای انجام زایمان طبیعی نمی‌دانستند. اگرچه این قانون‌گذاری اساساً با هدف ترغیب فرزندآوری در ایران اجرا شد ولی به نظر می‌آید که بر تصمیم افراد به سزارین تأثیر گذار نبوده است. و این تأثیر را در زنان اصفهانی نشان نداد. دلیل این امر می‌تواند نقش بیمه‌ها و بخصوص پوشش بیمه‌های تکمیلی باشد.

این پژوهش نشان داد که پزشکان به شدت بر تصمیم زن باردار تأثیر می‌گذارند و بسیاری از باورهای زن باردار در ارتباط با ترجیح سزارین به این دلیل است. در مورد سزارین تصویری که پزشکان برای مادران از درد زایمان و پیامدهایی که زایمان طبیعی برای مادران به همراه دارد ایجاد می‌کنند سبب می‌شود مادران نیز برای رهایی از پیامدهای زایمان طبیعی به سزارین رو بیاورند در حقیقت پزشک به عنوان دیگران مهم بر نگرش و ذهنیت زن باردار تأثیر می‌گذارد این تأثیر را می‌توان به‌ویژه در مورد زنانی که پیش از حاملگی قصد زایمان طبیعی داشتند و سپس تصمیم آنها از زایمان طبیعی به سزارین تغییر کرده بیشتر مشاهده کرد. می‌توان گفت میزان دخالت پزشک در طی دهه‌های گذشته به حدی بوده است که برخی محققین، مهمترین علت در تصمیم به سزارین را قضاوت پزشک و شرایط محیطی حاکم بروی دانسته‌اند و نه شرایط زایمانی زنان (اندرسون و لومز، ۱۹۸۵). اذعان به نقش پزشک در دیگر مطالعات انجام شده نیز به چشم می‌خورد، در مطالعه فرجی (۱۳۸۲)، ۷۰ درصد زنان پزشک را عامل تعیین روش زایمان دانستند، یعنی نگرش پزشک در انتخاب روش زایمان بسیار تأثیر گذار است. لذا در مداخلات برای کاهش سزارین، یکی از مهمترین اقدامات آموزش و تغییر نگرش در پزشکان و همچنین وضع قوانین بازدارنده می‌باشد.

بیهوش شدن در حین سزارین، باور به اینکه سزارین از مرگ نوزاد جلوگیری می‌کند و باور به اینکه رسیدگی به بیمار در حین سزارین بهتر است، از جمله باورهایی هستند که منجر به داشتن نگرش مثبت نسبت به سزارین شده است آگاهی دادن به زنان در

مورد زایمان بدون درد فراهم آوردن امکانات زایمان در آب در بیشتر بیمارستان‌ها و آموزش پرسنل بیمارستان در مورد احترام به حقوق بیمار و عدم تبعیض (پرداخت هزینه‌های بیشتر و تمکن مالی بیمار نباید دلیلی بر تبعیض در ارائه‌ی خدمات باشد) از جمله راهکارهایی در جهت تعدیل این نگرش است. در این مطالعه اکثر زنان نسبت به سزارین گرایش مثبت‌تری داشتند مانند مطالعه‌ی پنا و آرولکوموران^۱ (۲۰۰۳) که رابطه‌ی بین نگرش مثبت به سزارین و ارتباط آن با انتخاب روش سزارین را گزارش دادند.

تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و عمل بخردانه یک زنجیره‌ی علی را فرض می‌کند که عقاید رفتاری، عقاید هنجاری، و عقاید کنترلی را به نیت رفتاری و رفتار از طریق نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل ادراک شده مربوط می‌سازد. در تحلیل دو متغیره این مطالعه نیز رابطه معنی دار بین درک از هنجار و پذیرش بالای سزارین و تصمیم سزارین نشان داده شد. همچنین کنترل رفتاری نیز با تصمیم سزارین رابطه معنی دار داشت یعنی افرادی که کنترل کمتر رفتاری در تحمل درد زایمان داشتند، بیشتر تصمیم به سزارین داشتند. در تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، نیت رفتاری توسط بررسی‌های دانش، نگرش و رفتار تعیین می‌شوند.

ترس از زایمان و پیش‌بینی درد و استرس در طی زایمان است که موجب افزایش احتمال سزارین و درخواست مادر برای سزارین غیر ضروری می‌شود. در مطالعه ما این امر در قالب کنترل رفتار درک شده سنجیده شد، در این مطالعه زنان بارداری که ترس بیشتری از زایمان طبیعی و درد این روش زایمان داشتند نگرش مثبت‌تری نسبت به سزارین داشتند. با بررسی گویه‌های مربوط به کنترل رفتار درک شده مشخص شد که باور رایج بین زنان این است که زایمان طبیعی برایشان خیلی سخت است، و همچنین اینکه نمی‌توانند با دردهای زایمان طبیعی مقابله کنند این نکته نشان‌دهنده‌ی کنترل رفتار درک شده کمتر در بین زنانی است که قصد انجام سزارین را دارند. کنترل رفتار درک شده، درجه‌ای از احساس فرد در مورد این است که انجام یا عدم انجام یک رفتار تا چه حد تحت کنترل ارادی وی می‌باشد. در پژوهش ما مشخص شد که ترس و نداشتن قدرت تحمل درد زایمان از عواملی می‌باشد که موجب شده که زنان سزارین را به عنوان روش زایمان انتخاب کنند. نوتال در مطالعه‌ای که در برزیل انجام داد، به این نتیجه رسید که علت درخواست مادران برای انجام سزارین ترس از درد زایمان، ترس صدمه به جنین، ترس از ایجاد اختلال در روابط زناشویی، و جدید بودن روش سزارین بوده است. به نظر

می‌رسد از طریق تأثیر بر نگرش افراد بتوان بر این مسئله که منجر به تمایل بیشتر به سزارین شده است فائق آمد همانطور که در مورد نگرش گفته شد دادن آگاهی به زنان باردار از طریق کلاس‌های دوران بارداری در زمینه‌ی روش‌های زایمان بدون درد می‌تواند بر نگرش آنها تأثیر گذار باشد از سوی دیگر ورزش‌های دوران بارداری و ورزش‌های هوازی مناسب از جمله راهکارهایی است که اعتماد به نفس بیشتر را در زمینه‌ی شناخت توانایی‌های زنان به آنها القا می‌کند و می‌تواند تقاضا برای سزارین را در جامعه کاهش دهد. در مطالعه‌ی حاضر علاوه بر ترس از زایمان طبیعی، عامل مهمی که در تصمیم سزارین زنان نقش داشت هنجار ذهنی و اجتماعی رایج در جامعه نسبت به زایمان طبیعی بود به طوری که ۶۸/۴ درصد از زنان باردار نمونه از اینکه به فامیل و اطرافیان خود بگویند که قصد زایمان طبیعی دارند خجالت می‌کشیدند. این احتمال وجود دارد که هنجار اجتماعی حاکم بر جامعه باعث شده باشد که زایمان طبیعی به عنوان یک کار سنتی و سطح پایین تلقی شود که با درآمد و موقعیت اقتصادی اجتماعی و پرستیژ اجتماعی ارتباط دارد بنابراین ممکن است این موضوع باعث شود پاسخگویان در نمونه از زایمان طبیعی اکراه داشته باشند. این مطالعه نشان داد که هنجار ذهنی نقش مهمی در انتخاب روش زایمان داشته است، به نحوی که افرادی که هنجار ذهنی مثبت‌تری نسبت به سزارین داشته‌اند بیشتر تصمیم به سزارین می‌گرفتند. در مطالعه‌ی که زمانی علویچه و همکاران انجام دادند بین مزایای درک‌شده، حساسیت درک‌شده، هنجارهای ذهنی و خودکارآمدی و انتخاب سزارین رابطه‌ی معنی‌داری را پیدا کردند. در مطالعه‌ی آن‌ها هنجارهای ذهنی مهم‌ترین عامل در انتخاب نوع زایمان بوده است (زمانی علویچه و دیگران، ۱۳۹۰).

همچنین زنانی که بیشتر به تصویر بدنی خود اهمیت می‌دادند بیشتر تصمیم به سزارین داشتند این مسئله ریشه در باورهایی از این قبیل دارد که سزارین از شل‌شدگی دستگاه تناسلی پس از زایمان جلوگیری می‌کند. و اینکه پس از زایمان طبیعی افتادگی مثانه و رحم ایجاد می‌شود. گویه‌های دیگر مانند اینکه پس از زایمان طبیعی بدن سریع‌تر به حالت قبل برمی‌گردد و اینکه بعد از سزارین جای بخیه بر بدن می‌ماند بر خلاف اینکه در بین زنانی که تصمیم به زایمان طبیعی داشتند از اقبال خوبی برخوردار بود اما در مقایسه با دو باور مطرح شده به نفع سزارین، آنچنان مورد توجه زنان باردار که قصد سزارین داشتند قرار نگرفت، احتمالاً آنچه که بیشترین اهمیت را داشته و در دل این دو گویه نهفته است کیفیت رابطه جنسی پس از زایمان است. زیرا این بیم وجود دارد که شل‌شدگی دستگاه تناسلی زن بر کیفیت رابطه جنسی وی تأثیر می‌گذارد. افتادگی مثانه نیز

باعث اختلال در کنترل ادرار می‌شود که این مسئله نیز عامل مهمی برای زنان در راستای عدم تمایل به زایمان طبیعی می‌باشد. بنابراین می‌توان با بالا بردن کیفیت مراقبت‌های حین زایمان طبیعی عوارض بعد از زایمان طبیعی را به حداقل رساند تا از تمایل مادران باردار برای انجام سزارین کاسته شود و در ترویج زایمان طبیعی مؤثر باشد. راهکارها و سیاست‌های مداخله‌ای مذکور در راستای کاهش سزارین می‌تواند کاهش باروری که در نتیجه‌ی عوارض ناشی از سزارین بوده است را تا حدودی مرتفع سازد. پیشنهاد می‌گردد مطالعات کیفی به دلایل و انگیزه‌های زنان برای تمایل به انجام سزارین یا زایمان طبیعی انجام شود.

منابع

- امیری فراهانی، لیلا و محمد جلال عباسی شوازی (۱۳۹۱). «بررسی روند تغییرات میزان سزارین در ایران و عوامل جمعیت‌شناسی مرتبط با آن در سه دهه‌ی اخیر»، *مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی فسا*، شماره ۳، صص ۱۲۷-۱۳۴.
- خلج‌آبادی فراهانی، فریده و حسن سرائی (۱۳۹۱). «قصد تک‌فرزندی و تعیین‌کننده‌های آن و مردان دارای یک فرزند کمتر از ۵ سال، ساکن تهران»، *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، سال هفتم، شماره ۱۳، صص: ۱۱۸-۱۴۸.
- دفتر برنامه‌ریزی و بودجه- گروه مطالعات اقتصاد و توسعه (۱۳۸۸)، *گزارش اقتصادی اجتماعی استان اصفهان*، ص ۱۷.
- دواس، دی. ای (۱۳۷۶). *پیمایش در تحقیقات اجتماعی*، (ترجمه هوشنگ ناییبی)، تهران: نشرنی.
- زمانی علویجه فرشته، پروین شهری، مریم کلهری، محمد حسین حقیقی‌زاده، غلام‌رضا شریفی‌راد و محبوبه خورسندی (۱۳۹۰). «شناسایی عوامل مرتبط با انتخاب زایمان سزارین: مطالعه‌ای تئوری‌محور»، *دانشور پزشکی*، دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، جلد ۱۹ شماره ۹۶ صص ۱-۱۰.
- سرابی، حسن. (۱۳۸۷). «گذار جمعیتی دوم با نیم‌نگاهی به ایران»، *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، سال سوم، شماره ۶، صص: ۱۱۸-۱۴۰.
- شریعت، مامک، فرشته مجلسی، سیمین آذری، محمود محمودی (۱۳۸۱). «بررسی میزان سزارین و عوامل مؤثر بر آن در زایشگاه‌های شهر تهران»، *پایش*، سال اول، شماره سوم، صص: ۵-۱۰.

علی محمدزاده خلیل، محبی فاطمه و طاهره لباف (۱۳۹۲). «مرور نظام مند سه دهه مقالات پژوهشی «علل سزارین» و راهبردهای مدیریت سلامت جمعیت»، *مطالعات راهبردی زنان*، دوره شانزدهم - شماره ۶۱ - صص ۶۴-۵۷.

علی محمدیان، معصومه، مامک شریعت، محمود محمودی و فاطمه رمضان زاده (۱۳۸۲). «بررسی تأثیر درخواست زنان باردار بر میزان سزارین انتخابی»، *پایش*، دوره دوم، شماره دوم، صص: ۱۳۳-۱۳۹.

فرجی رویا، ظهیری سروری زیبا، فرجاد باستانی فاطمه (۱۳۸۲). بررسی میزان آگاهی و نگرش خانم‌های باردار نسبت به روش‌های زایمانی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان*؛ دوره ۱۲، شماره ۴۶، صص: ۶۹-۷۵.

کیوان آرا، محمود، رسول ژیان‌پور و مهدی ژیان‌پور (۱۳۸۹). «قشربندی اجتماعی و اصلاح بدن: جراحی زیبایی به مثابه نماد پایگاه اجتماعی»، *مطالعات راهبردی زنان*، سال ۱۲، شماره ۴۷.

گرمارودی غلامرضا، افتخار حسن و عزیزالله باطبی (۱۳۸۱). «بررسی عوامل زمینه ساز انجام عمل سزارین در مادران باردار»، *پایش*، دوره ۱، شماره ۲: صص: ۴۵-۴۹.

گرمارودی، غلامرضا (۱۳۸۷). «بررسی شیوع عمل سزارین و برخی عوامل مؤثر بر آن در زنان اول‌زا در زایشگاه‌های شهر تهران در سال ۱۳۸۷»، *انتشارات گروه پژوهشی بهداشت مادر و کودک*، جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران، صص: ۴۵-۴۹.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۲). «گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دولت یازدهم». قابل دسترس در: <http://www.behdasht.gov.ir>

سازمان ثبت احوال کشور (۱۳۹۱). «گزارش تحلیلی ثبت رویداد ولادت در استان اصفهان با تأکید بر شاخص‌های جمعیتی ملی و بین‌المللی سال ۱۳۹۰»، صص ۱-۲۸.

محمدبیگی، ابولفضل، سید محمدرضا طباطبایی، نرگس محمدصالحی، مریم یزدانی (۱۳۸۷). «تعیین عوامل مؤثر بر انجام سزارین در بیمارستان‌های شهر شیراز»، *دو ماهنامه پرستاری ایران*، دوره ۲۱، شماره ۵۶، صص: ۳۷-۴۵.

محمدبیگی، ربابه و عزت‌الله رحیمی (۱۳۸۳). «اثر سزارین بر کاهش باروری در زنان حامله شهر سنندج»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، سال ۹، شماره ۲، صص: ۴۰-۴۴.

معیدفر، سعید و حبیب صبوری خسروشاهی (۱۳۸۹). «بررسی میزان فردگرایی فرزندان در خانواده»، *پژوهش‌نامه علوم اجتماعی*، سال چهارم، شماره ۴، ص ۹۴.

والایی، محبوبه (۱۳۹۱). زنان اصفهانی ۴۷ درصد بیشتر از میانگین جهانی سزارین می‌کنند. سایت خبرگزاری مهر، در دسترس از: <http://www.mehrnews.com/news/1632593>.
ودادهیر، ابوعلی، سید محمد هانی ساداتی، فهیمه حسین‌نژاد و سیمین تقوی (۱۳۹۰). «تأملی بر ساخت‌گرایانه به عمل سزارین در شهر تبریز»، پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران، سال یکم، شماره ۲، صص ۱۱۱-۱۳۵.

- Ahmad-Nia, S., Delavar, B., Eini-Zinab, H., Kazemipour, S., Mehryar, A.H. and, M Naghavi (2009). "Caesarean Section in the Islamic Republic of Iran: Prevalence and Some Sociodemographic Correlates". *Eastern Mediterranean Health Journal* 15 (6): 1389-1398.
- Ajzen, I. (1991). "The Theory of Planned Behavior". *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50: 179-211.
- Ajzen, I. (2002). "Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of control, and the Theory of Planned Behavior", *Journal of Applied Social Psychology*, 1: 20-32.
- Anderson, GM. and J. Loams (1985). "Explaining variations in cesarean section rates, patients, facilities or policies?" *Canadian Medical Association Journal*, 132 (3): 253-256.
- Conrad P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P., Mackie, T. & A. Mehrotra (2010). "Estimating the Costs of Medicalization", *Social Science & Medicine* 70 (12): 1943-1947.
- Cunningham, F., P. McDonald, and K. Leveno (1993). *Cesarean section and cesarean hysterectomy*. New Jersey: Prentice-Hall, 591-594.
- Floric, M., O. Stephansson, and L. Nordstrom (2006). "Indications associated with increased cesarean section rates in a Swedish hospital". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 92:181-185.
- Glanz, K., BK. Rimer, and K. Viswanath (2008). *Theory, Research, and*

Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass Press.

- Gibbons L., J. Belizan, J. Lauer, A. Betran, M. Meriald, and F. Althabe (2010).” The global numbers and cost of additionally needed and unnecessary cesarean section performed per year: overuse as a barrier to universal coverage”, *World Health Report* [Online]. Available from: URL:<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whrbackground/en/index1.html/>
- Norberg, K. and J. Pantano (2015) “Cesarean section and subsequent fertility”. *Journal of Population Economics*, 29 (1): 5-37.
- Penna, L. and S. Arulkumaran (2003). “Cesarean section for non-medical reasons”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 82(3):399-409.
- 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.