

توجه به نقش دستیاران پزشکی در کاهش آمار سزارین؛ طراحی و ارزیابی سایکومتریک پرسشنامه‌ی سنجش نگرش دستیاران نسبت به سزارین انتخابی و زایمان واژینال-۱۳۹۴

مریم زاهدی^۱، امید آسمانی^{۲*}، حسین محمودیان^۳

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

در سال‌های اخیر آمار سزارین در کشور افزایش چشم‌گیری داشته است. تیم درمان به‌خصوص پزشکان متخصص به‌عنوان قشری فرهیخته و مورد مشورت عموم جامعه، می‌تواند نقش مؤثری در کنترل منطقی آمار سزارین داشته باشد؛ این کنترل از نظر پزشکی، اقتصادی، ارتباط پزشک-بیمار و ... بار و ارزش اخلاقی دارد. در این راستا، در این مطالعه سعی شده است به تعیین آگاهی و نگرش دستیاران پزشکی نسبت به انجام سزارین انتخابی در مقایسه با زایمان طبیعی جهت تبیین میزان انطباق نگرش دستیاران با سیاست وزارت بهداشت پرداخته شود.

در این مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی، دستیاران رشته‌های مازور دانشکده‌ی پزشکی شیراز (داخلی، جراحی، زنان و زایمان، اطفال) توسط پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته، مورد مصاحبه قرار گرفتند؛ روایی صوری، محتوا و پایایی پرسشنامه بررسی و تأیید شد. داده‌ها به‌وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ بود. ۱۰۸ دستیار با میانگین سنی ۳۲/۸۹ در مطالعه شرکت داشتند، ۵۳ نفر دارای سابقه‌ی حداقل یک‌بار زایمان خود یا همسرشان با میانگین رضایت ۹/۵ و ۶/۳ از ۱۰ برای زایمان طبیعی و سزارین بودند. میانگین امتیاز سؤالات آگاهی ۳/۵، نگرش ۳/۶ و عملکرد ۳/۳ از ۵ بود. ارتباط متغیر جنسیت با بعد آگاهی و متغیر رشته‌ی تخصصی با ابعاد سه‌گانه و نوع زایمان با دو بعد نگرش و عملکرد معنی‌دار بود. به نظر ۳۴/۳ درصد از دستیاران، «اجباری کردن آموزش همگانی مادران باردار» اولویت اول در کاهش آمار سزارین بود که با بعد آگاهی نیز ارتباط معنی‌دار داشت. آموزش مؤثر مادران در دوران بارداری از راهکارهای اصلی کاهش آمار سزارین است. با توجه به نقش و تأثیر اجتماعی آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان متخصص در انتخاب نوع زایمان توسط مادران باردار، ارتقای برنامه‌های آموزشی دوره‌ی تخصصی در راستای تحقق سیاست‌های جدید وزارت بهداشت، در جهت کاهش آمار سزارین ضرورت دارد.

واژگان کلیدی: سزارین انتخابی، زایمان طبیعی، نگرش، دستیار پزشکی

^۱ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز

^۲ استادیار گروه اخلاق پزشکی و فلسفه سلامت، دانشکده‌ی پزشکی شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز

^۳ مربی، عضو هیأت علمی گروه اخلاق پزشکی و فلسفه‌ی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز

* نشانی: شیراز، خیابان زند، میدان امام حسین ع، دانشکده‌ی پزشکی شیراز، ساختمان کتابخانه، طبقه ۹؛ کد پستی: ۷۱۳۴۸۵۳۱۸۵.

تلفن: ۰۷۱-۳۲۲۴۸۹۸۰، Email: asemanio@sums.ac.ir

مقدمه

زایمان را می‌توان یکی از زیباترین رویدادهای زندگی زنان (کسب هویت مادری) و در عین حال یک واقعیت تنش‌زا دانست؛ گاهی بنا به دلایل پزشکی مثل آسفیکسی جنین یا جداشدگی جفت، در جهت پیش‌گیری از خطراتی که مادر یا نوزاد را تهدید می‌کند، سیر طبیعی آن دچار مشکل می‌شود و بنابراین زایمان به شیوه‌ی سزارین در این شرایط می‌تواند به‌عنوان یک اقدام نجات‌دهنده‌ی حیات جنین انجام شود (۱). سزارین در بیست سال اخیر در سراسر دنیا رشد فزاینده‌ای (از ۵٪ به ۲۵٪) داشته است (۲). در یک مقایسه‌ی بین‌المللی، نرخ سزارین در آمریکا (۳۲/۸٪ در سال ۲۰۱۱) از سایر کشورهای مشابه خود بالاتر بوده است (۳). در کشور ما نیز در سال‌های اخیر آمار سزارین در مراکز دولتی و خصوصی افزایش چشم‌گیری داشته، به‌طوری‌که بعد از سه کشور برزیل، قبرس و کلمبیا، چهارمین کشور از نظر نرخ سزارین ارزیابی شده است؛ این نرخ در سال ۲۰۱۴، ۴۶٪ بوده است. این درحالی است که آمارهای سازمان جهانی بهداشت، استاندارد جهانی سزارین در سال ۲۰۱۴ را ۵ تا ۱۵ درصد اعلام کرد (۴).

بر اساس مطالعه‌ی خانم جوهری و همکاران، دلایل افزایش آمار سزارین در ایران متعدد است و شامل ترس زنان بارداری از درد زایمان طبیعی، قابل پیش‌بینی بودن زمان زایمان سزارین، ترس پزشکان از طولانی‌شدن زمان زایمان و در نتیجه آسیب به جنین، سزارین قبلی، مرگ و میر مادر و جنین، و دلایل فرهنگی مانند مقبولیت اجتماعی بالاتر است (۵). در کشورهای دیگر مثلاً آمریکا دلایل افزایش سزارین در مطالعه‌ی Joseph و همکارانش، افزایش سن فرزندآوری، افزایش BMI مادران، افزایش چندقلوبی، کاهش انجام زایمان طبیعی بعد از سزارین (VBAC) گزارش شده‌اند (۶، ۵). هم‌چنین، Murthy و همکاران در مطالعه‌ی خود ترس پزشک

از مجازات‌شدن به دلیل پیش‌آگهی ضعیف زایمان طبیعی را نیز به‌عنوان دلیل افزایش نرخ سزارین در آمریکا معرفی کرده‌اند (۷).

در کنار دلایل علمی، حق مادران در انتخاب روش زایمان نیز همواره از موضوعات اساسی چالش برانگیز به‌خصوص در اخلاق پزشکی غربی بوده است. در این راستا، اتونومی^۱ یا محترم شمردن شخصیت مستقل و آزادی بیماران و رعایت حریم خصوصی آنان به‌عنوان یک اصل مهم چنین بر می‌تابد که زن باردار به‌عنوان یکی از حقوق اساسی خود می‌تواند نحوه‌ی زایمان را به دلخواه خود انتخاب کند. در عین حال، توجه به این نکته حائز اهمیت است که کادر پزشکی و مامایی باید تمامی اطلاعات لازم را در مورد روش‌های زایمان و عوارض آن‌ها در اختیار مادران باردار قرار دهند تا تصمیم‌گیری ایشان از روی آگاهی باشد (۷). سازمان بهداشت جهانی اشاره می‌کند که اگر پزشک تمام اطلاعاتی را که بیمار در مورد تشخیص، پیش‌آگهی و گزینه‌های درمانی نیاز به دانستن آن دارد در اختیارش قرار دهد، آنگاه بیمار در وضعیتی قرار می‌گیرد که می‌تواند در مورد گام‌های درمانی آتی تصمیم آگاهانه بگیرد. پس، خواست و رضایت مادران برای سزارین باید مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع باشد و این از وظایف کادر پزشکی است (۸). اگر «احترام به اتونومی» بیمار را به‌عنوان یک اصل مهم و فراگیر در اخلاق پزشکی بپذیریم، می‌توان اذعان کرد که در کشور ما مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد تفاوت‌های سزارین و زایمان طبیعی به‌منظور فراهم کردن زمینه‌ی یک انتخاب آگاهانه از سوی بیماران هنوز از سوی مراقبان بهداشتی برای مادران به‌درستی تفهیم نمی‌شود. به‌علاوه، درخواست سزارین توسط مادران در برخی مواقع در پس تشخیص‌های رایج نظیر «عدم تطابق اندازه‌ی لگن مادر» یا «سزارین قبلی» نیز مخفی می‌شود.

^۱ خود آیینی = Autonomy

در این زمینه، اسدی و همکارانش در مطالعه‌ی خود که به بررسی تأثیر آموزش بر اساس تئوری عمل منطقی^۱ بر انتخاب روش زایمان در زنان باردار متقاضی انجام سزارین انتخابی پرداخته‌اند، به این نتیجه رسیدند که عوامل تأثیرگذار بر سزارین بسیار پیچیده است. تصمیم‌گیری در خصوص سزارین توسط مادر و پزشک صورت می‌گیرد و تحت تأثیر طیف وسیعی از عوامل خارجی قرار دارد. اما درخواست مادر برای انجام عمل سزارین، یکی از دلایل مهم انجام سزارین در ایران و بسیاری از کشورهای جهان است (۹).

Mukherjee، پژوهشگر هندی نیز در مقاله‌ی خود می‌نویسد: «انتخاب آگاهانه‌ی مادر، به معنی تصمیم‌گیری بعد از دادن اطلاعات مبتنی بر دلیل و مدرک به او، بسیار بهتر از تصمیم‌گیری مادری است که صرفاً توسط پزشک متقاعد شده باشد؛ مادرانی که به‌طور کامل آگاه نشده‌اند، سزارین را انتخاب می‌کنند تا از درد زایمان طبیعی فرار کنند.» (۱۰). نتایج مطالعه‌ای که توسط عباسی و محمدی انجام شد و به بررسی میزان آگاهانه بودن تصمیم زنان باردار در انتخاب نوع روش زایمان پرداخته، نشان می‌دهد که سطح مناسبی از آگاهی در میان زنان بارداری که قصد انجام سزارین را داشتند وجود ندارد و در بسیاری از موارد، زنان بدون اندیکاسیون پزشکی تصمیم به انجام سزارین داشته‌اند در حالی که از عوارض آن بی‌اطلاع بوده‌اند؛ در برخی موارد هم که آگاهی نسبی وجود داشت باز هم تصمیم به زایمان سزارین گرفته بودند (۱۱).

البته باید اذعان کرد که اصل اتونومی نیز همیشه حرف اول را نمی‌زند و در شرایط غیر منطقی از قدرت آن کاسته می‌شود. Spaeth و همکارانش در مقاله‌ی خود این مطلب را این‌گونه بیان کرده‌اند که همان‌طور که در نخستین اصل اخلاق پزشکی که همان اصل اتونومی است مشخص شده‌است، هر زنی حق دارد در مورد نوع درمان خود تصمیم بگیرد یا با تصمیمی که برای درمانش اتخاذ شده، موافق یا مخالف باشد؛

اما ثابت نشده که سزارین در مورد زایمان‌های بدون عارضه، منفعتی برای مادر یا فرزندش داشته باشد. بنابراین، پزشک در صورت موافقت با زایمان سزارین انتخابی (به درخواست مادر) و قرار دادن مادر و نوزاد در یک خطر بدون دلیل، از اصل «سود رساندن و ضرر نرساندن» تخلف می‌کند (۱۲). بر این اساس، همان‌طور که در مقاله‌ی Eranjan و همکارش به دستورالعمل سازمان ملی ارجحیت بالینی سزارین^۲ اشاره شده، چنین توصیه می‌شود: «درخواست مادر به خودی خود اندیکاسیونی برای انجام سزارین نیست و پزشک می‌تواند درخواست مادر را نپذیرد.» (۱۳).

در ایران نیز برای کاهش آمار سزارین‌های غیر علمی تاکنون اقدامات مؤثری از سوی مقامات مسؤول صورت گرفته است. در این زمینه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای کاهش آمار سزارین در ایران سه ضلع مادر، عامل زایمان و بیمارستان را در نظر گرفته و مشوق‌هایی را در جهت کاهش منطقی و علمی آمار سزارین برای این سه ضلع لحاظ کرده است. از آن جمله می‌توان به «حذف فرانشیز زایمان طبیعی، بازسازی زایشگاه‌ها و ترویج زایمان بی‌درد» اشاره کرد. هم‌چنین، دستورالعملی علمی و استاندارد را جهت کاهش آمار سزارین بدون اندیکاسیون بالینی صادر و به متخصصان زنان و زایمان ابلاغ کرده است.

کنترل آمار سزارین در جامعه بر اساس استانداردهای علمی و منطقی می‌تواند از نظر پزشکی، اقتصادی، ارتباط پزشک-بیمار، بیمه و ... ارزش اخلاقی نیز داشته باشد؛ اولویت یافتن غیر منطقی سزارین بر زایمان طبیعی در همه ابعاد فوق از نظر اخلاقی مورد چالش خواهد بود. به‌علاوه، توجه به جوانب اخلاقی موضوع خصوصاً در جامعه‌ی اسلامی ایران حائز اهمیت ویژه بوده و خواسته و مورد تأکید دین نیز هست. از فرهنگ ارتباطی پزشک - بیمار در جامعه‌ی ما چنین بر

² National Institute for Clinical Excellence on Caesarean section

¹ Logical function theory

لحاظ دستور زبان، صحت و درستی، سختی، ارتباط با هدف مطالعه و ابهام توسط تعدادی از متخصصان زنان و زایمان، متخصصان اخلاق پزشکی و دستیاران پزشکی مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفتند. بر این اساس، تغییراتی در توالی، ادبیات و نگارش سؤالات ایجاد شد.

برای تعیین روایی کیفی در پرسشنامه‌ی اولیه، هر یک از سؤالات توسط حداقل ده نفر از متخصصان امر و دستیاران پزشکی ارزیابی شد. بدین منظور، نسبت روایی محتوا (CVR)^۱ و ایندکس روایی محتوا (CVI)^۲ محاسبه شد. با توجه به این که هدف، تولید پرسشنامه‌ای کوتاه، جامع و مانع است، از این داده‌ها در تصمیم‌گیری برای حفظ یا حذف سؤالات استفاده شد. در پایان این مرحله ۵ سؤال حذف و پرسشنامه‌ی ۲۷ سؤالی برای ارزشیابی‌های بعدی به‌دست آمد. ضروری نبودن و ضعیف بودن ارتباط سؤالات با هر یک از طبقات سه‌گانه‌ی پرسشنامه از دیدگاه ارزیابان از مهم‌ترین دلایل حذف این ۵ سؤال بود. برای پاسخ به سؤالات یک طیف لیکرتی ۵ قسمتی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم در نظر گرفته شد. همچنین، به‌منظور افزایش اعتبار پرسشنامه تلاش شد تا سؤالات به دو صورت مثبت و منفی تهیه شوند. به‌علاوه، سؤالات مربوط به سه زیرطبقه‌ی آگاهی (۷ سؤال)، نگرش (۱۵ سؤال) و عملکرد (۵ سؤال) به‌صورت طبقه‌بندی نشده و با توزیع راندوم در پرسشنامه پخش شدند. به‌علاوه، در بخش اطلاعات جمعیت‌شناختی سؤالاتی در ارتباط با سن، جنسیت، رشته‌ی تخصصی، دانشگاه محل تحصیل دوره‌ی عمومی، سال ورود به تخصص، سابقه‌ی زایمان خود یا همسر و رضایت از زایمان (در یک طیف ده قسمتی) لحاظ شد. همچنین، به‌منظور تعیین دیدگاه دستیاران در خصوص «بهترین شیوه‌ی کاهش آمار سزارین در جامعه» یک سؤال چندگزینه‌ای در انتهای پرسشنامه تعبیه شد. در این سؤال شش

می‌آید که تیم پزشکی می‌تواند نقش مهمی در کنترل یا دامن زدن به آمار سزارین در ایران داشته باشد. در این بین، دستیاران زنان و زایمان خصوصاً و دستیاران رشته‌های داخلی، جراحی و اطفال، به‌عنوان چهار تخصص پر مراجعه و طرف مشورت مردم در بسیاری از موضوعات بهداشتی و درمانی باید مورد توجه قرار گیرند. در نتیجه، تعیین آگاهی و نگرش دستیاران پزشکی به‌عنوان متخصصان آتی جامعه برای جهت‌دهی و تعیین کارایی آموزش‌های دوره‌ی دستیارانی حائز اهمیت ویژه است. بر این اساس، هدف از انجام این مطالعه بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد دستیاران چهار رشته‌ی اصلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در رابطه با انجام سزارین انتخابی و زایمان طبیعی و در نتیجه تبیین همراستایی نگرش دستیاران پزشکی با سیاست‌های وزارت بهداشت در جهت کاهش آمار سزارین غیر منطقی است.

روش کار

در این مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی از یک پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته استفاده شد. سپس روایی صوری و محتوا به دو صورت کمی و کیفی و همچنین، پایایی پرسشنامه (آلفای کرونباخ) بررسی و تأیید شد. جامعه‌ی مورد مطالعه دستیاران تخصصی رشته‌های مازور دانشگاه علوم پزشکی شیراز شامل رشته‌های زنان و زایمان، اطفال، جراحی و داخلی بودند که در محیط‌های آموزشی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز مورد مصاحبه‌ی پرسشنامه‌ای قرار گرفتند. بر اساس اهداف مطالعه سؤالات در سه زیرطبقه‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد تنظیم شدند.

تولید پرسشنامه

آیتم‌های اولیه‌ی این پرسشنامه بر اساس متون موجود و با استفاده از تجربه‌ی اساتید بالینی تهیه شدند. بدین منظور، ۳۲ سؤال برای نسخه‌ی اولیه‌ی پرسشنامه «سنجش نگرش دستیاران پزشکی در رابطه با زایمان طبیعی و سزارین» تهیه شد؛ به‌منظور تعیین روایی صوری و محتوا، سؤالات اولیه از

¹ Content Validity Ratio

² Content Validity Index

در صورت حذف دو سؤال ۱۶ و ۲۴، آلفای کرونباخ به ۰/۷۶۱ افزایش می‌یابد. بنابراین، این دو سؤال که مربوط به زیر طبقه‌ی عملکرد بود حذف شد. سؤالات حذف شده به شرح زیر است:

سؤال ۱۶: اگر از من به‌عنوان یک پزشک مشورت بخواهند، روش سزارین را توصیه می‌کنم.

سؤال ۲۴: اگر مادری باردار از اقوام و آشنایانم از من مشورت بخواهد، زایمان واژینال را به او توصیه می‌کنم.

بدین ترتیب، پرسشنامه‌ی نهایی با ۲۵ سؤال به‌دست آمد؛ سؤال‌های ۱، ۳، ۴، ۶، ۹، ۱۲، ۱۴ مربوط به بخش «آگاهی»، سؤال‌های ۲، ۵، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۵ و ۲۷ مربوط به بخش «نگرش» و سؤال‌های ۲۲، ۲۳ و ۲۶ مربوط به سنجش «عملکرد» دستیاران است. (پیوست)

نتایج

اطلاعات جمعیت‌شناختی

جدول شماره‌ی ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی دستیاران مورد مطالعه را نشان می‌دهد. تمام ۱۰۸ دستیار مورد مطالعه، سؤالات پرسشنامه را به‌طور کامل پاسخ داده بودند. میانگین سنی دستیاران ۳۲/۸۹±۷/۵۶ بود.

جدول شماره‌ی ۱ - اطلاعات جمعیت‌شناختی دستیاران شرکت‌کننده

در مطالعه (N=۱۰۸)

جنسیت	تعداد (%)
زن	۵۹ (۵۴/۶)
مرد	۴۹ (۴۵/۴)
رشته	
زنان و زایمان	۳۱ (۲۸/۷)
اطفال	۲۳ (۲۱/۳)
جراحی عمومی	۲۹ (۲۶/۹)
داخلی	۲۵ (۲۳/۱)
دانشگاه دوره پزشکی عمومی	
شیراز	۲۷ (۲۵)
سایر	۸۱ (۷۵)

گزینه‌ای، دستیاران ضمن انتخاب گزینه (های) مورد نظر، اولویت انتخابی خود را نیز مشخص می‌کردند. (پیوست)

جمعیت مورد مطالعه

این مطالعه، در دستیاران پزشکی چهار رشته‌ی اصلی یعنی رشته‌های زنان و زایمان، اطفال، جراحی عمومی و داخلی اجرا شد. تعداد مناسب از دستیاران در هر رشته با توجه به معنی‌داری آماری توسط متخصص آمار تعیین شد. بدین ترتیب تعداد ۱۰۸ دستیار وارد مطالعه شدند. دستیاران در بخش‌های آموزشی-درمانی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز و بر اساس نمونه‌گیری در دسترس فراخوان شدند. بدین منظور سعی شده است تا دستیاران شرکت‌کننده در مطالعه از نظر سال ورودی به رشته‌ی تخصصی متفاوت باشند. در تمام موارد، پرسشنامه توسط یکی از پژوهشگران توزیع شده و پس از پر شدن در همان زمان جمع‌آوری شده است. علاوه بر پرسشنامه، به هر یک از دستیاران دستورالعملی در رابطه با نحوه‌ی پرکردن پرسشنامه، هدف از انجام مطالعه، اختیاری بودن شرکت در مطالعه و وظیفه‌ی پژوهشگران برای حفظ محرمانگی نیز داده شد.

تمام تحلیل‌های آماری توسط نرم‌افزار IBM SPSS نسخه‌ی ۲۱ انجام شده است. همه‌ی تست‌های آماری به‌صورت دو طرفه^۱ اجرا شده و $P \leq 0.05$ معنی‌دار فرض شده است. برای انجام محاسبات آماری از آزمون‌های پارامتریک و ناپارامتریک متناسب با نتایج آزمون‌های سنجش فرضیات توزیع نرمال و برابری واریانس استفاده شده است.

ارزیابی پایایی

پایایی درونی کل پرسشنامه و هم‌چنین پایایی هر یک از طبقات سه‌گانه‌ی آن به‌منظور تعیین اعتبار پرسشنامه توسط ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. ضریب آلفا برای ۲۷ سؤال موجود در پرسشنامه ۰/۶۵۴ به‌دست آمد. بررسی داده‌های جدول مربوط به «ضریب آلفا در صورت حذف» نشان داد که

^۱ Two-sided

میانگین نمرات پرسشنامه و زیر طبقات آن

چنان‌که در جداول شماره ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات زیرطبقات سه‌گانه‌ی «پرسشنامه‌ی سنجش نگرش دستیاران نسبت به زایمان طبیعی و سزارین انتخابی» به تفکیک زیر طبقات و سؤالات آن‌ها ارائه شده است. به‌دلیل اهمیت میانگین هر یک از سؤالات، داده‌ها به دو صورت کلی و جزئی ارائه شده است.

از آن‌جا که سؤالات مربوط به زیر طبقه‌ی عملکرد می‌تواند نمود دقیق‌تری از عملکرد واقعی دستیاران ارائه دهد، داده‌های آمار توصیفی مربوط به سؤالات حذف شده‌ی ۱۶ و ۲۴ نیز به‌صورت جداگانه در جدول شماره ۲ آورده شده است.

سال ورودی تخصص	
۱۳۸۹	۱(۰/۹)
۱۳۹۰	۲۳(۲۱/۳)
۱۳۹۱	۲۷(۲۵)
۱۳۹۲	۳۵(۳۲/۴)
۱۳۹۳	۲۲(۲۰/۴)
وضعیت تأهل	
مجرد	۱۹(۱۷/۶)
متأهل	۸۸(۸۱/۵)
سایر	۱(۰/۹)
سابقه‌ی زایمان خود یا همسر	
زایمان طبیعی	۱۲(۱۱/۱)
سزارین	۴۱(۳۸)
ندارد	۵۵(۵۰/۹)
کل	۱۰۸(۱۰۰)

جدول شماره ۲ - داده‌های آمار توصیفی مربوط به سؤالات زیرطبقات سه‌گانه‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد بر اساس پاسخ دستیاران

شرکت‌کننده در پژوهش (N=۱۰۸)

میانگین سؤالات زیرطبقه‌ی آگاهی		میانگین سؤالات زیرطبقه‌ی نگرش		میانگین سؤالات زیرطبقه‌ی عملکرد	
سؤال ۱	۴/۵ ± ۰/۶۶	سؤال ۲	۳/۷۸ ± ۱/۱۹	سؤال ۲۲	۴/۱۸ ± ۰/۹۹
سؤال ۳	۴/۲۷ ± ۰/۶۸	سؤال ۵	۲/۹۵ ± ۱/۴	سؤال ۲۳	۳/۱۳ ± ۱/۰۵
سؤال ۴	۱/۹۲ ± ۰/۸۲	سؤال ۷	۳/۱۹ ± ۱/۰۶	سؤال ۲۶	۲/۸۱ ± ۰/۹
سؤال ۶	۴/۱۳ ± ۰/۸۶	سؤال ۸	۳/۷۶ ± ۱	کل	۳/۳۷ ± ۰/۴۸
سؤال ۹	۳/۳۸ ± ۰/۸۶	سؤال ۱۰	۴/۰۳ ± ۰/۸۵		
سؤال ۱۲	۳/۲۱ ± ۱/۱۳	سؤال ۱۱	/۸۸ ± ۰/۸۸	سؤال ۱۶	۲/۱۸ ± ۱
سؤال ۱۴	۳/۱۳ ± ۰/۸	سؤال ۱۳	۴/۱۱ ± ۰/۷۶	سؤال ۲۴	۲/۱۸ ± ۰/۹۳
کل	۳/۵۱ ± ۰/۳۸	سؤال ۱۵	۳/۵۳ ± ۱/۰۶		
		سؤال ۱۷	۲/۵۶ ± ۰/۸۶		
		سؤال ۱۸	۴/۰۹ ± ۰/۸۵		
		سؤال ۱۹	۳/۳۷ ± ۱/۱۱		
		سؤال ۲۰	۴/۵۶ ± ۰/۸		
		سؤال ۲۱	۳/۶۹ ± ۰/۹۹		
		سؤال ۲۵	۳/۵۶ ± ۰/۸۷		
		سؤال ۲۷	۳/۳۴ ± ۱/۱۱		
		کل	۳/۶۲ ± ۰/۴۴		

مشخص کنند. به علاوه، چنان‌که یافته‌های جدول شماره‌ی ۴ نیز نشان می‌دهد، گزینه‌ی ۶ یعنی اجباری کردن آموزش همگانی مادران باردار از نظر دستیاران شرکت‌کننده در پژوهش بالاترین اولویت را در بین سایر گزینه‌ها داشته است.

همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، در سؤال چندگزینه‌ای انتهای پرسشنامه (پیوست) از دستیاران خواسته شد تا نظر خود را با انتخاب گزینه(های) مورد نظر در رابطه با بهترین راهکار(های) کاهش آمار سزارین غیر علمی (جدول شماره‌ی ۳) و در صورت انتخاب بیش از یک گزینه، اولویت آن را نیز

جدول شماره‌ی ۳ - فراوانی (درصد) مربوط به انتخاب هر یک از گزینه‌های پیشنهادی برای کاهش آمار سزارین و اولویت اختصاص داده شده به آن‌ها توسط دستیاران شرکت‌کننده در پژوهش (N=۱۰۸)

گزینه‌ها/ اولویت انتخابی	گزینه‌ی ۱	گزینه‌ی ۲	گزینه‌ی ۳	گزینه‌ی ۴	گزینه‌ی ۵	گزینه‌ی ۶
اولویت اول	۲۱ (۴۰/۷٪)	۱۲ (۲۴٪)	۳۰ (۵۵/۸٪)	۴ (۲۵٪)	۴ (۹/۷٪)	۳۷ (۴۱/۱٪)
اولویت دوم	۱۵ (۲۷/۸٪)	۲۱ (۴۲٪)	۱۲ (۲۳/۱٪)	۵ (۳۱/۳٪)	۹ (۲۹٪)	۲۷ (۳۰٪)
اولویت سوم	۸ (۱۴/۸٪)	۱۱ (۲۲٪)	۹ (۱۷/۳٪)	۲ (۱۲/۵٪)	۱۱ (۳۵/۵٪)	۲۴ (۲۶/۷٪)
اولویت چهارم	۶ (۱۱/۱٪)	۴ (۸٪)	۲ (۳/۸٪)	۳ (۱۸/۸٪)	۵ (۱۶/۱٪)	۱ (۱/۱٪)
اولویت پنجم	۳ (۵/۶٪)	۲ (۴٪)	-	-	۱ (۳/۴٪)	۱ (۱/۱٪)
اولویت ششم	-	-	-	۲ (۱۲/۵٪)	۲ (۶/۵٪)	-
تعداد کل	۵۴ (۱۰۰٪)	۵۰ (۱۰۰٪)	۵۲ (۱۰۰٪)	۱۶ (۱۰۰٪)	۳۱ (۱۰۰٪)	۹۰ (۱۰۰٪)

^۱گزینه‌ی ۱- تشویق مادران از طریق پزشکان عمومی؛ گزینه‌ی ۲- افزایش تعرفه زایمان طبیعی؛ گزینه‌ی ۳- کاهش تعرفه زایمان سزارین؛ گزینه‌ی ۴- جریمه کردن متخصصین زنان در صورت رعایت نکردن موازین علمی در انتخاب روش زایمان؛ گزینه‌ی ۵- استفاده از ظرفیت صدا و سیما برای آموزش خانواده‌ها؛ گزینه‌ی ۶- اجباری کردن آموزش همگانی مادران باردار

جدول شماره‌ی ۴ - فراوانی و درصد دستیارانی که هرکدام از راهکارهای (گزینه‌های) پیشنهادی برای کاهش آمار سزارین را به‌عنوان اولویت اول انتخاب کردند (N=۱۰۸)

گزینه	تعداد انتخابی اولویت اول	درصد
۱	۲۱	۱۹/۴
۲	۱۲	۱۱/۱
۳	۳۰	۲۷/۸
۴	۴	۳/۷
۵	۴	۳/۷
۶	۳۷	۳۴/۳
مجموع	۱۰۸	۱۰۰

بررسی اولیه‌ی ارتباط داده‌های جمعیت‌شناختی با نمرات حاصل از اجرای پرسشنامه

گرچه بررسی ارتباط داده‌های جمعیت‌شناختی با نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه در این مرحله که مرحله‌ی تدوین و روان‌سنجی پرسشنامه است وجهه‌ی علمی ندارد، اما می‌تواند پیش‌زمینه‌ی مفیدی برای علاقه‌مندان به پژوهش در این زمینه باشد؛ لذا در این‌جا داده‌های اولیه‌ی حاصل از پژوهش به اختصار و تنها به‌صورت کلی ارائه می‌شود. میانگین نمره‌ی رضایت از زایمان در بین دستیاران مرد و زن تفاوت معنی‌داری نداشت. اما این میانگین برای سابقه‌ی زایمان طبیعی به‌طور معنی‌داری از میانگین رضایت از سزارین بالاتر بوده است. داده‌های اولیه نشان می‌دهد که رابطه‌ی متغیرهای سن، وضعیت تأهل و دانشگاه محل تحصیل دوره‌ی عمومی با هیچ‌یک از ابعاد سه‌گانه و نمره‌ی کل حاصل از پرسشنامه معنی‌دار نبود. این در حالی است که در متغیر جنسیت، میانگین نمرات کسب شده توسط دستیاران زن و تنها در زیر طبقه‌ی آگاهی نسبت به نمرات دستیاران مرد بالاتر و اختلاف آن معنی‌دار بوده است.

هم‌چنین، داده‌ها نشان می‌دهد که همبستگی بین متغیرهای رضایت از زایمان خود یا همسر و سال ورودی دستیاران به تخصص و نمرات آزمون و ابعاد سه‌گانه‌ی پرسشنامه معنی‌دار نیست. به‌علاوه، رابطه‌ی وجود یا عدم وجود سابقه‌ی زایمان خود یا همسر نیز با هیچ‌یک از ابعاد سه‌گانه و نمره‌ی کل معنی‌دار نبوده است. این در حالی است که به‌جز زیر طبقه‌ی آگاهی رابطه‌ی دو بعد نگرش، عملکرد و هم‌چنین، نمره‌ی کل با نوع زایمان (سزارین یا زایمان طبیعی) معنی‌دار بوده است. به‌طور کلی، داده‌ها حاکی از این است که میانگین نمرات کسب‌شده در دستیارانی که سابقه‌ی زایمان طبیعی دارند در همه‌ی ابعاد و نمره‌ی کل از دستیارانی که سابقه‌ی سزارین داشته‌اند بالاتر است. به‌علاوه، یافته‌ها نشان می‌دهد که رابطه‌ی

بین متغیر نوع زایمان و رضایت از زایمان نیز معنی‌دار است. در این رابطه، نمره‌ی میانگین رضایت از زایمان طبیعی نسبت به سزارین بالاتر بوده است. نتایج حاصل از تحلیل‌های اولیه‌ی آماری نشان می‌دهد که رابطه‌ی متغیر رشته با نمره‌ی کل و ابعاد سه‌گانه‌ی آگاهی و نگرش و عملکرد معنی‌دار است. در این رابطه، میانگین نمرات کسب‌شده توسط دستیاران داخلی از سه گروه دیگر بالاتر و میانگین نمرات دستیاران جراحی عمومی از سایرین کم‌تر بوده است. دستیاران زنان نیز در رتبه‌ی دوم قرار دارند. اختلاف نمرات دستیاران داخلی در نمره‌ی کل با سایر دستیاران نیز معنی‌دار است.

بحث

در این مطالعه به‌منظور تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد دستیاران چهار رشته‌ی بزرگ دانشگاه علوم پزشکی شیراز - رشته‌های زنان و زایمان، داخلی، اطفال و جراحی عمومی - در رابطه با زایمان طبیعی و سزارین پرسشنامه‌ای ساخته شد. هدف از انجام این مطالعه، تبیین مطابقت نگرش این دستیاران با سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت کاهش آمار سزارین انتخابی در ایران بوده است. با توجه به فرهنگ خاص حاکم بر رابطه‌ی پزشک-بیمار در ایران و تأثیرگذار بودن تیم پزشکی در جهت‌دهی به انتخاب‌های بهداشتی و درمانی مردم، انجام این پژوهش و تعیین نگرش دستیاران به‌عنوان متخصصان آتی جامعه می‌تواند دارای اهمیت و ضرورت باشد.

با عنایت به این ضرورت، لازم است تا پرسشنامه‌ای بدین منظور تهیه و اجرا شود. جست‌وجوی منابع در این زمینه نتیجه‌بخش نبود و پرسشنامه‌ای برای ارزیابی نگرش دستیاران یا پزشکان نسبت به این مسأله یافت نشد. در نتیجه، محققان در این پژوهش با استفاده از سایر مقالات مرتبط با موضوع و هم‌چنین، تجربیات برخی از اساتید فن اقدام به تهیه‌ی

پرسشنامه‌ای برای تعیین نگرش دستیاران نسبت به روش‌های زایمان واژینال و سزارین کردند. با توجه به گستردگی دامنه‌ی مطالب استخراج‌شده، سؤال‌ها در سه حیطه‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد تهیه و تنظیم و سپس روایی و پایایی پرسشنامه بررسی و تأیید شد.

یکی از وجوه تمایز دستیاران پزشکی نسبت به سایر مردم جامعه، آگاهی بالاتر ایشان نسبت به دانش پزشکی و درک و مشاهده‌ی مستقیم برخی از فرایندهای پزشکی و درمانی مرتبط با امور زنان و زایمان در دوران آموزش پزشکی است. به‌علاوه، دستیاران برخلاف سایر گروه‌های مردم دسترسی آسان‌تر و راحت‌تری به منابع اطلاعات پزشکی داشته و امکان دریافت اطلاعات دقیق‌تر و دست اول برای آن‌ها فراهم‌تر است. به همین دلیل، بررسی عملکرد دستیاران دارای سابقه‌ی زایمان (خود یا همسر) و همچنین، بررسی دیدگاه و نگرش آن‌ها نسبت به نوع زایمان انتخابی می‌تواند حداقل از دو جهت دارای اهمیت ویژه باشد:

جهت اول مربوط به تأثیر غیر مستقیم عملکرد پزشکان در زندگی خصوصی خود، به‌عنوان قشر فرهیخته و الگو برای بسیاری از مردم جامعه و جهت دوم مربوط به تأثیرگذاری و جهت‌دهی مستقیم ایشان بر تصمیمات پزشکی و اراده‌ی سایر مردم برای انتخاب صحیح، منطقی و اخلاقی روش‌های پزشکی است. نتیجه‌ی این پژوهش نشان می‌دهد از ۵۳ دستیار دارای سابقه‌ی زایمان (خود یا همسر) تنها ۱۲ نفر زایمان طبیعی داشته‌اند. در این زمینه، نتایج پژوهش Begum و همکاران (۱۴) و همچنین، Gilbert و همکاران (۱۵) نیز نشان می‌دهد که تحصیلات بالاتر با میزان و نرخ سزارین ارتباط مستقیم دارد. بر خلاف این، Tollanes و همکاران (۱۶) به این نتیجه رسیده‌اند که کم‌ترین میزان تحصیلات بیش‌ترین ریسک انتخاب سزارین همراه است، و احتمال داده‌اند که نتیجه‌ی به‌دست آمده به این دلیل بوده که گروه مورد مطالعه راحت‌تر تحت تأثیر منابع مختلف قرار

می‌گرفته‌اند. گرچه دلایل زیادتر بودن تعداد سزارین نسبت به زایمان طبیعی در بین دستیاران نیاز به بررسی‌های دقیق‌تر دارد ولی به‌نظر می‌رسد مشاهده‌ی مستقیم دشواری فرایند زایمان طبیعی، پیش‌بینی‌پذیر بودن زمان سزارین، محدودیت‌های ناشی از تحصیل، جو سزارین محور حاکم بر محیط درمان و آسان‌تر بودن سزارین به لحاظ درد کم‌تر از مهم‌ترین دلایل آن باشد.

همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۲ ارائه شد، از میانگین نمره‌ی زیر طبقات آگاهی، نگرش و عملکرد می‌توان نتیجه گرفت که رویکرد کلی دستیاران به سمت زایمان طبیعی است؛ البته این نتیجه چندان با متغیر سابقه‌ی زایمان هم‌خوانی ندارد (۴۱ نفر از ۵۳ دستیار سزارین کرده بودند). این عدم هم‌خوانی می‌تواند ناشی از عمیق نبودن توجه دستیاران در زمان پاسخ به سؤالات پرسشنامه و در نتیجه کاهش قابلیت اعتماد پاسخ‌ها باشد. برای رفع این محدودیت پیشنهاد می‌شود پیش از پاسخ به پرسشنامه، دستیاران به‌صورت بازاندیشانه^۱ و ساختارمند و با کمک پژوهشگر، خود را متناسب با هر سؤال در شرایط واقعی‌تری تصور کرده و تنها پس از تفکر و تحلیل موقعیت فرضی خود، پاسخ دهند. این خود می‌تواند مهم‌ترین محدودیت پژوهش باشد.

برعکس، نتایج اولیه‌ی پژوهش نشان می‌دهد که نوع زایمان با دو بعد نگرش و عملکرد و همچنین، نمره‌ی کل ارتباط معنی‌دار دارد؛ به‌عبارت دیگر، دستیاران با سابقه‌ی زایمان طبیعی در هر سه مورد نمرات بالاتری نسبت به دستیاران با سابقه‌ی سزارین کسب کرده‌اند. همچنین، باوجود معنی‌دار نبودن، میانگین نمره‌ی آگاهی در این دستیاران نیز از دستیاران با سابقه‌ی سزارین بیش‌تر بوده است. بر خلاف این و بر اساس نتایج اولیه‌ی پژوهش، متغیر سابقه‌ی زایمان (خود یا همسر) با هیچ‌یک از ابعاد سه‌گانه و نمره‌ی کل ارتباط معنی‌دار نداشته است. این در حالی است که در مطالعه‌ی

^۱ Reflective

ندارد که پزشک زنان عمل سزارین را به خاطر تعرفه‌ی بالاتر ترجیح بدهد) نیز مطابقت دارد. (۴/۵۶ از ۵) به عبارت دیگر، این دستیاران معتقدند که میزان تعرفه‌ی سزارین به خودی خود می‌تواند برای عده‌ای از متخصصان انگیزه‌بخش باشد؛ بنابراین، کاهش تعرفه‌ی سزارین می‌تواند در انگیزه‌ی برخی از متخصصان زنان و زایمان برای اولویت داشتن انجام آن اختلال ایجاد کند. البته این نتیجه با نتایج مطالعات مشابه تطابق نسبی دارد؛ به عنوان مثال، در مطالعه‌ی عزیزی و همکاران، انگیزه‌های مالی و ترجیح پزشکان از دلایل بالا رفتن آمار سزارین گزارش شده است (۱۲)؛ ولی نتایج مطالعه‌ی آباد و همکارانش، نشان می‌دهد که شواهد محدودی در زمینه‌ی سوگیری مراقبان بهداشتی و پزشکان در جهت منافع شخصی و مالی در انتخاب و تصمیم‌گیری مادران برای انجام سزارین وجود دارد (۱۸).

۱۹/۴٪ (۲۱ نفر) از دستیاران، گزینه‌ی ۱ یعنی تشویق مادران از طریق پزشکان عمومی را به عنوان اولویت اول راهکار کاهش سزارین انتخاب کردند. (جدول شماره‌ی ۳) طراحی این گزینه به سبب اجرای طرح پزشک خانواده در استان فارس حائز اهمیت است. محمدی‌تبار و همکارانش نیز در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که در زنان باردار (غیر پزشک) که اطلاعات خود را از گروه پزشکی دریافت کرده بودند، میزان زایمان طبیعی بالاتر و سزارین کم‌تر بود (۱۲) که به نقش مثبت پزشکان در انتخاب زایمان طبیعی به جای سزارین انتخابی توسط مادران اشاره دارد. البته این سؤال برای اظهار نظر در این باب کافی نبوده و باید گزینه‌ی دیگری جهت پوشش نقش تشویقی یا کترلی متخصصان زنان نیز در نظر گرفته می‌شد که پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی لحاظ شود.

نتیجه‌گیری

رویکرد صحیح و منطقی پزشکان نسبت به روش زایمان می‌تواند این فرایند را از جنبه‌های مختلف علمی، اجتماعی،

لولایی و همکاریانش دیده می‌شود که سابقه‌ی زایمان قبلی، منجر به افزایش آگاهی کادر زنان و مامایی نسبت به روش برتر زایمان شده است (۱۷).

همان‌طور که اشاره شد، نتایج اولیه نشان می‌دهد که متغیر جنسیت تنها با بعد آگاهی ارتباط معنی‌دار دارد؛ با توجه به بالاتر بودن میانگین دستیاران زن از مرد به نظر می‌رسد این مسأله به دلیل این‌که زایمان مختص بانوان است و به همین دلیل مواجهه‌ی ایشان با این موضوع همیشه جدی‌تر از آقایان است قابل توجه باشد. هم‌چنین، در رابطه با متغیر رشته نیز اشاره شد که میانگین نمره‌ی کل و ابعاد سه‌گانه‌ی پرسشنامه در مورد دستیاران رشته‌ی داخلی نسبت به سایر رشته‌های مورد بررسی، حتی زنان و زایمان، بالاتر بوده است (به نفع زایمان طبیعی) که قابل تأمل بوده و نیاز به مطالعه و پژوهش بیش‌تر و دقیق‌تر دارد.

همان‌طور که گذشت، ۳۴/۳٪ (۳۷ نفر) از دستیاران، اجباری کردن آموزش همگانی مادران باردار (گزینه‌ی ۶) را به عنوان اولویت اول راهکار کاهش آمار سزارین انتخاب کردند؛ (جدول شماره‌ی ۴) ۳۰٪ (۲۷ نفر) و ۲۶/۷٪ (۲۴ نفر) دستیاران نیز به ترتیب همین گزینه را به عنوان اولویت دوم و سوم انتخاب کرده بودند که نسبت به سایر گزینه‌ها درصد قابل توجهی بود. این یافته با نتیجه‌ی پژوهش لولایی و همکاران نیز مطابقت دارد (۱۷). این انتخاب نشان می‌دهد که دستیاران به نقش کلیدی و اساسی مادران باردار در انتخاب صحیح روش زایمان باور داشته و به همین دلیل، تمرکز بر آموزش اصولی آن‌ها را از مفیدترین راهکارهای کاهش آمار غیر منطقی سزارین دانسته‌اند.

بعد از این گزینه، ۲۷/۸٪ (۳۰ نفر) از دستیاران، کاهش تعرفه سزارین را به عنوان اولویت اول راهکار کاهش آمار سزارین انتخاب کرده بودند؛ (جدول شماره‌ی ۳) این نتیجه، با میانگین حاصل از سؤال ۲۰ پرسشنامه (به نظر من اشکالی

اقتصادی، الگو بودن برای سایر افراد جامعه و ... رنگ اخلاقی بزند. معرفی استانداردهای علمی، کمک به درک موضوع توسط بیمار و خانواده‌ی وی، حمایت عاطفی، روحی و اطلاعاتی مادر و خانواده بعد از انتخاب صحیح روش زایمان، اعتمادسازی و ... اقداماتی هستند که می‌تواند عملکرد تیم پزشکی را در معرض قضاوت اخلاقی قرار دهد. در این راستا و با هدف کاهش آمار سزارین انتخابی، توجه به ظرفیت‌های طرح پزشک خانواده خصوصاً با فراگیر شدن آن در سراسر استان فارس، می‌تواند در جهت آموزش مادران باردار استان و کمک به جهت‌دهی منطقی به فرایند انتخاب روش زایمان ترجیحی (زایمان طبیعی) مفید باشد.

هم‌چنین، برای کاهش ترس مادران باردار از درد زایمان طبیعی، پیشنهاد می‌شود، علاوه بر آموزش، امکانات مورد نیاز برای روش‌های آسان‌تر زایمان چون زایمان فیزیولوژیک و زایمان بدون درد در مراکز درمانی فراهم و تبلیغ شود و تسهیلاتی ویژه برای این منظور لحاظ شود.

به‌طور کلی، به‌نظر می‌رسد علاوه بر کاهش تعرفه‌ی سزارین، افزایش درآمد ناشی از زایمان طبیعی، با توجه به مشکلاتی که برای پزشک ایجاد می‌کند از جمله: غیر قابل پیش‌بینی بودن زمان زایمان، طولانی شدن مدت زمان زایمان، در معرض خطر قرار گرفتن نوزاد و حتی مادر و مسائل حقوقی و قانونی پیرو آن، می‌تواند در کاهش انجام سزارین انتخابی به شکل غیر علمی مؤثر باشد.

در نهایت، با توجه به این‌که مدت زمان زیادی از ابلاغ سیاست جدید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد محدودکردن انجام سزارین به اندیکاسیون‌های پزشکی خاص نگذشته است، پیشنهاد می‌شود در آینده، برای بررسی تأثیر بلندمدت این سیاست‌ها در کاهش آمار سزارین انتخابی پژوهش‌های دیگری انجام شود.

تشکر و قدردانی

از سرکار خانم صدیقه ابراهیمی، عضو هیأت علمی گروه

اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به‌دلیل استفاده از نظرات ارزشمندشان در طول انجام پژوهش قدردانی به‌عمل می‌آید. هم‌چنین، از راهنمایی‌های سرکار خانم حکیمه پارسایی در حوزه‌ی آمار مربوط به این پژوهش تشکر می‌شود. طرح حاضر، مربوط به پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای عمومی پزشکی است که با شماره‌ی ۷۹۶۱-۰۱-۰۱-۹۳ در سامانه‌ی پژوهش‌یار دانشگاه علوم پزشکی شیراز ثبت شده و مورد حمایت قرار گرفته است. در این پایان‌نامه از خدمات مشاوره‌ی آمار و اپیدمیولوژی و مشاوره‌ی طراحی پژوهش و تهیه‌ی پروپزال طرح‌های تحقیقاتی واحد توسعه پژوهش‌های بالینی مرکز آموزشی درمانی بیمارستان نمازی شیراز نیز بهره برده شده است که بدین‌وسیله سپاسگزاری به‌عمل می‌آید.

پیوست

- پرسشنامه‌ی سنجش آگاهی، نگرش و عملکرد دستیاران پزشکی در مورد زایمان واژینال طبیعی و سزارین
- سؤال ۱: میزان تمایل به انجام سزارین در ایران نسبت کشورهای غربی بالاتر است.
- سؤال ۲: انتخاب زایمان طبیعی برای کلاس اجتماعی من در میان دوستان و همکارانم مناسب نیست.
- سؤال ۳: شیردهی در زایمان طبیعی موفق‌تر از سزارین است.
- سؤال ۴: احتمال مرگ و میر نوزاد در زایمان طبیعی کم‌تر از سزارین است.
- سؤال ۵: به‌نظر من، زمان بستری کوتاه‌تر انگیزه‌ی مؤثری در انتخاب روش زایمان طبیعی می‌باشد.
- سؤال ۶: احتمال چسبندگی و مشکلات رحم بعد از سزارین کم‌تر از زایمان واژینال است.
- سؤال ۷: به‌نظر من در مجموع، زایمان به روش سزارین راحت‌تر از روش زایمان واژینال است.
- سؤال ۸: من فکر می‌کنم ضربه‌ی هوشی نوزاد متولد شده از سزارین بیش‌تر از زایمان طبیعی است.
- سؤال ۹: احتمال نازایی بعد از عمل سزارین بالاتر از زایمان طبیعی است.
- سؤال ۱۰: من با آموزش زنان باردار با هدف کاهش آمار سزارین انتخابی موافق هستم.

سؤال ۱۹: به نظر من اشکالی ندارد که پزشک زنان عمل سزارین را به خاطر تعرفه‌ی بالاتر ترجیح بدهد.

سؤال ۲۰: من زایمان طبیعی را ترجیح می‌دهم چون مشکلات پزشکی مادر پس از زایمان کم‌تر از مشکلات پزشکی مادرانی است که سزارین کرده‌اند.

سؤال ۲۱: اگر پزشک زنان بودم زایمان طبیعی را در اولویت کاری خود قرار می‌دادم.

سؤال ۲۲: من برای زایمان فرزند خودم روش سزارین را انتخاب می‌کنم.

سؤال ۲۳: به نظر من، هزینه‌ی کم‌تر انگیزه‌ی مؤثری در انتخاب روش زایمان طبیعی است.

سؤال ۲۴: اگر مادری روش سزارین را انتخاب کرده باشد، او را به زایمان طبیعی ترغیب می‌کنم.

سؤال ۲۵: به نظر من خواست همسر عامل مؤثری در انتخاب روش زایمان توسط مادر است.

سؤال ۱۱: به نظر من انتخاب روش زایمان باید به مادران سپرده شود.

سؤال ۱۲: در کشور ما ایران قانون یا آیین‌نامه‌ی مصوبی برای کاهش آمار سزارین انتخابی وجود ندارد.

سؤال ۱۳: به نظر من مشاوره با زن باردار برای انتخاب روش زایمان ضرورت دارد.

سؤال ۱۴: احتمال کم‌تر درد بعد از زایمان واژینال بیش‌تر از سزارین است.

سؤال ۱۵: به نظر من نیاز کم‌تر به معاینه واژینال انگیزه‌ی مؤثری در انتخاب روش سزارین توسط مادران نیست.

سؤال ۱۶: به نظر من درد زایمان طبیعی غیر قابل تحمل و ترسناک است.

سؤال ۱۷: به نظر من شیردهی موفق‌تر انگیزه‌ی مؤثری در انتخاب روش زایمان طبیعی است.

سؤال ۱۸: من روش سزارین را ترجیح می‌دهم چون زمان تولد نوزاد قابل پیش‌بینی است.

منابع

- 1- Farr SL, Jamieson DJ, Rivera HV, Ahmed Y, Heilig CM. Risk factors for cesarean delivery among Puerto Rican women. *Obstet Gynecol* 2007; 109(6): 1351-7.
- 2- Davari M, Maracy M, Ghorashi Z, Mokhtari M. The relationship between socioeconomic status and the prevalence of elective cesarean section in nulliparous women in niknafs teaching centre in Rafsanjan, Iran. *Womens Health Bull* 2014; 1(2): 1-9. [in Persian]
- 3- Declercq E, Young R, Cabral H, Ecker J. Is a rising cesarean delivery rate inevitable? Trends in industrialized countries, 1987 to 2007. *Birth* 2011; 38(2): 99-104.
- 4- Jouhari S, Bayati S, Poor Asadi Kheirabadi F, Moradi E. Cesarean section rate and its cause in Fasa in the year 2011. *JFUMS* 2014; 4(3): 295-300. [in Persian]
- 5- Joseph KS, Young DC, Dodds L, et al. Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 791-800.
- 6- Murthy K, Grobman WA, Lee TA, Holl JL. Association between rising professional liability insurance premiums and primary cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 1264-9.
- 7- Salehian T, Delaram M, Safdari F, Jazayeri F. Knowledge and attitudes of pregnant women about mode of delivery in health centers of Shahrekord -1385-1386. *Toloo-e-Behdasht*. 2007; 6(2):1-10. [in Persian]
- 8- Tavassoli A, Kalari F, Sharafi Dizaji A. Social factors effective in pregnant women's tendency towards cesarian section. *Quart J Med Ethics* 2014; 8(29): 145-70. [in Persian]
- 9- Sadat Asadi Z, Solhi M, Taghdisi MH, Moghadam Hoseini V, Javan R, Hashemian M. The effect of educational intervention based on Theory of Reasoned Action (TRA) on selected delivery method, for selective cesarean section in pregnant women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(109): 1-8. [in Persian]
- 10- Mukherjee S. Rising cesarean section rate. *J Obstet Gynaecol India* 2006; 56: 298-300.
- 11- Mohammadi G, Abbasi M. Study of informed decision making in pregnant women about delivery method. *Quart J Med Ethics* 2014; 8(27): 53-69 [in Persian]
- 12- Spaeth T. The rise of cesarean section. *J Obstet Gynaecol India* 2010; 4(1): 46-53.
- 13- Eranjan U, Nuwan S. Anp application in obstetrics: evaluating normal delivery and cesarean delivery using BOCR analysis. *Proceedings of the International Symposium on the Analytic Hierarchy Process*; 2009; Colombo, Sri Lanka: Asia Pacific Institute of Information Technology; 2011:1-8.
- 14- Begum B, Zaman R, Rahman A, et al. Comparison of risks and benefits of normal vaginal and caesarian section deliveries in a public tertiary hospital in Bangladesh. *Mymensingh Med J* 2009; 18(1 Suppl): S12-14.
- 15- Gilbert A, Benjamin A, Abenhaim H. Does education level influence the decision to undergo elective repeat caesarean section among women with a previous caesarean section? *J Obstet Gynaecol Can* 2010; 13(4): 942-7.
- 16- Tollånes M, Thompson J, Daltveit A, Irgens L. Cesarean section and maternal education; secular trends in Norway, 1967-2004. *Acta Obstet Gynecol* 2010; 22(2 Suppl 1): 840-8.
- 17- Laluei A, Kashanizadeh N, Teymouri M. The influence of academic educations on choosing preferable delivery method in obstetrics medical team: investigating their viewpoints. *Iran J Med Educ* 2009; 9(1): 69-78. [in Persian]
- 18- Abad M, Merghati Khooie E. [Sezarian-entekhabi; Rouykardi ast akhlaghi ya gheyre akhlaghi?] *Quart J Med Ethics* 1388; 3(8): 103-125. [in Persian]

A psychometric evaluation of an instrument for measuring residents' attitude towards caesarean vs. natural vaginal delivery

Maryam Zahedi¹, Omid Asemani^{*2}, Hossein Mahmoodian³

¹MD, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran;

²Assistant Professor, Department of Medical Ethics and Philosophy of Health, Shiraz School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran;

³Educator, Department of Medical Ethics and Philosophy of Health, Shiraz School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Abstract

In recent years, there has been a significant increase in the rate of cesarean section in Iran. Physicians can have an active role in controlling this rate as they are truthfully consulted and followed by the general public. The Iranian Ministry of Health and Medical Education has also adopted new policies to control the national cesarean rate. The present study aims to determine the knowledge and attitude of medical residents towards elective cesarean section versus normal vaginal delivery (NVD) in 2015.

In this cross-sectional study, residents of four major fields of specialty (obstetrics and gynecology, pediatrics, general surgery and internal medicine) were interviewed using a researcher-made questionnaire. The face and content validity and reliability of the instrument were determined, and data analysis was performed using SPSS version 21.

The Cronbach's alpha coefficient was 0.77. A total of 108 residents with the mean age of 32.89 participated in the study. Of this number, 53 reported at least one personal experience of childbirth (their own or that of their wives) with a satisfaction rate of 9.5 and 6.3 out of 10 for NVD and cesarean respectively. The mean score of the domains of "knowledge", "attitude" and "function" were 3.5, 3.6 and 3.3 (out of 5) respectively. There was a meaningful correlation between the variable of "sex" and the domain of "knowledge", "specialty" and all three domains, and "methods of delivery" and the two domains of "attitude" and "function". 34.3% of the residents chose "mandatory public education of pregnant women" as the first step to decrease the cesarean rate.

It can be concluded that educating pregnant women should be the main strategy for decreasing the cesarean rate in Iran. Considering the significance of medical specialists' "knowledge", "attitude" and "function" with regard to the method of delivery chosen by pregnant women, it is recommended to develop specialty educational programs in line with the policies of the Iranian Ministry of Health to decrease the cesarean rate.

Keywords: elective cesarean, normal vaginal delivery, attitude, resident

*Email: asemanio@sums.ac.ir