

بررسی الگوی زایمان و عوامل مرتبط با ترجیح سزارین انتخابی در متخصصین زنان و ماماهاى دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۴۰۱: یک مطالعه مقطعی

دکتر پریسا باروتی^۱، دکتر سعید طباطبایی^۲، دکتر فاطمه تارا^{۳*}، دکتر مروارید ایرانی^۴

۱. متخصص زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استاد گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۰۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۰۵

خلاصه

مقدمه: ترجیحات زایمانی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های مامائی، به‌ویژه متخصصین زنان و ماماها، می‌تواند بر نگرش و انتخاب نوع زایمان مادران تحت مراقبت آن‌ها تأثیرگذار باشد. با توجه به آمار رو به افزایش سزارین‌های انتخابی در ایران، بررسی الگوهای زایمان در میان کارکنان حوزه سلامت زنان اهمیت زیادی دارد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی نوع زایمان انجام شده توسط ماماها و متخصصین زنان و عوامل مرتبط با ترجیح سزارین انتخابی در متخصصین زنان و ماماهاى دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی در سال ۱۴۰۱ در میان متخصصین زنان و زایمان و ماماهاى شاغل در دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. نمونه‌گیری به روش میثنی بر هدف و از طریق توزیع پرسشنامه الکترونیک (پرس‌لاین) انجام گردید. پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی، سابقه زایمان، نوع زایمان (طبیعی یا سزارین) و دلایل ترجیح سزارین انتخابی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون کای‌دو انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: از میان شرکت‌کنندگان، ۸۱ نفر (۲۸٪) در اولین زایمان خود، زایمان طبیعی داشتند و سایرین سزارین را انتخاب کرده بودند. شایع‌ترین دلایل سزارین انتخابی در زایمان اول شامل: ترس از درد در ۱۲۶ نفر (۶۱٪)، نگرانی از آسیب به پرینه در ۱۲۴ نفر (۶۰٪) و نارضایتی از معاینات مکرر واژینال در ۹۰ نفر (۴۳٪) بود. بین گروه ماما و متخصصین زنان در نوع زایمان اول تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p=0/677$)، اما ماماها در زایمان دوم، تمایل بیشتری به انتخاب سزارین داشتند. زایمان در بیمارستان‌های غیر دانشگاهی نیز با نرخ بالاتری از سزارین همراه بود.

نتیجه‌گیری: بیشتر شرکت‌کنندگان، سزارین را نه به‌دلیل اندیکاسیون‌های پزشکی، بلکه به دلایل روانی - اجتماعی ترجیح داده‌اند. نتایج بر لزوم گسترش روش‌های کاهش درد زایمان، حضور همراه و فرهنگ‌سازی اجتماعی در راستای پذیرش زایمان طبیعی به‌عنوان فرآیندی ایمن و فیزیولوژیک تأکید دارد.

کلمات کلیدی: زایمان سزارین، زایمان طبیعی، ماما، متخصص زنان و زایمان

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فاطمه تارا؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۷۰۴۸۸۷؛ پست الکترونیک:

TaraF@mums.ac.ir

مقدمه

نسبت سزارین به کل موالید، یکی از شاخص‌های مهم مراقبت بارداری است. نسبت کمتر از ۵٪ سزارین، نشان‌دهنده آن است که سهم قابل توجهی از زنان، دسترسی به امکانات جراحی مربوط به بارداری ندارند، از طرف دیگر نسبت بالاتر از ۱۵٪ نشان می‌دهد که استفاده از سزارین به دلایل دیگری غیر از نجات جان مادر یا جنین اتفاق می‌افتد (۱). تعداد سزارین در کشورهای پیشرفته در نیمه دوم قرن بیستم میلادی افزایش یافت؛ به‌طوری‌که در ایالات متحده آمریکا از ۵٪ کل زایمان‌ها در سال ۱۹۶۵ به ۲۵٪ در سال ۱۹۸۸ و ۲۶٪ در سال ۲۰۰۵ رسید (۲).

ایران نیز از این مقوله مستثنی نبوده است. شیوع سزارین در ایران نسبت به دهه ۱۳۵۰ افزایش ۳ برابری داشته است و روند افزایش، با سرعتی بیش از حد انتظار پیش می‌رود (۳). طبق گزارشی که در سال ۲۰۱۰ توسط WHO اعلام شد، در سال ۲۰۰۸، بیشترین درصد سزارین مربوط به کشور برزیل (۴۵/۹٪) و کمترین درصد سزارین مربوط به کشور چاد (۴٪) بوده است. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، نسبت سزارین در کشور ایران ۴۱/۹٪ اعلام شده که رتبه دوم را در بین کشورهای جهان داراست (۱).

همانطور که گفته شد، شیوع سزارین در کل دنیا به‌صورت چشمگیری افزایش داشته است. بایستی توجه داشت در بسیاری از موارد، تنها دلایل پزشکی برای انجام سزارین وجود ندارد؛ بلکه ناآگاهی، عقاید و نگرش‌های نادرست، تعیین کننده انجام سزارین هستند (۴). همچنین نقش متغیرهای فردی مانند فردگرایی، تصویر بدنی، نگرش نسبت به سزارین و زایمان طبیعی و کنترل تحمل درد؛ به‌همراه متغیرهایی که از جامعه و هنجارهای اجتماعی متأثر می‌شوند مانند درک از هیجان ذهنی سزارین و یا توصیه و پیشنهاد پزشک (در مواردی که علل پزشکی وجود نداشته باشد)، در تصمیم به سزارین مادران باردار بسیار حائز اهمیت هستند.

در ۲۰ سال گذشته با افزایش نسبت سزارین، باروری نیز کاهش یافته است. میزان باروری کل (TFR)^۱ در

ایران تا دهه ۱۳۶۰ در حدود ۶ فرزند بوده است، اما نرخ باروری به سرعت در حال کاهش است؛ به‌طوری‌که در سال ۱۳۸۵ به سطح جانشینی رسید. با توجه به نتایج سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰، این رقم به ۱/۸ فرزند برای هر زن رسیده است (۵). پیشینه 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، ادامه کاهش نرخ باروری را تشدید می‌کند (۶). پزشکان معمولاً بعد از ۲ فرزند که از طریق سزارین متولد شده‌اند، توصیه به فرزندآوری بیشتر نمی‌کنند (۷). میزان مرگ‌ومیر در سزارین ۳-۲ برابر و میزان ناتوانی ۱۰-۵ برابر افزایش می‌یابد (۸).

با توجه به موارد فوق و با توجه به سیاست‌های کلی افزایش جمعیت در ایران، هدف این سیاست‌ها رساندن نرخ باروری به سطح جانشینی (حدود ۲/۱ فرزند به ازای هر زن) و اندکی بیشتر از آن است، همچنین با توجه به آمار بالای سزارین در ایران؛ توجه به عوامل مرتبط با تصمیم سزارین و تعیین کننده آن از بُعد جمعیتی و اجتماعی-اقتصادی اهمیت می‌یابد؛ که این مهم از جمله اهداف اصلی طرح حاضر است.

زایمان، یک واقعه پراسترس بوده و زنان باردار جهت سازگاری با آن، نیازمند کمک افراد دیگر هستند (۹). در سال‌های گذشته میزان زایمان سزارین، روند افزایشی داشته است (۱۰). نظرسنجی‌های جمعیتی و سلامت (DHS)^۲ نیز این مسئله را تأیید کرده است که تعداد زنانی که از طریق سزارین، نوزاد خود را به دنیا می‌آورند، هم در کشورهای توسعه‌یافته و هم در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است (۳).

تردید بین انتخاب زایمان طبیعی و سزارین، همیشه بین مادران وجود دارد. به‌دلیل عوارض جراحی، هزینه‌های مالی دوره اقامت و بستری شدن مادر در بیمارستان، زایمان طبیعی ارجحیت دارد (۱۱)؛ همچنین زایمان طبیعی نیاز به بیهوشی ندارد و احتمال عفونت و خونریزی پس از آن کمتر است. افزایش سزارین که از

² Demographic and health surveys

¹ Total Fertility Rate

جمله اعمال جراحی بزرگ محسوب می‌شود، نه تنها می‌تواند در میزان عوارض زایمان برای مادر و نوزاد مؤثر باشد، بلکه باعث تحمیل هزینه‌های اضافی خدمات بهداشتی نیز می‌شود (۱۲). سازمان جهانی بهداشت میزان قابل قبول سزارین را بین ۵-۱۵٪ زایمان‌ها می‌داند، این در حالی است که میزان سزارین در کشورهای دنیا افزایش داشته است و در ایران نیز میزان سزارین تقریباً ۳ برابر استانداردهای جهانی است (۱۳).

امروزه علاوه بر اندیکاسیون‌های قطعی سزارین، دلایل دیگری نیز وجود دارد که به واسطه آن سزارین انجام می‌شود (۱۴). نتایج مطالعه مطالعه ایی و همکاران (۲۰۲۱) در ترکیه نشان داد که تجاری‌سازی سیستم پزشکی و نگاه مالی به زایمان توسط کادر درمان، تأثیر قابل توجهی در افزایش زایمان سزارین دارد (۱۵). فقدان آگاهی از عوارض سزارین، نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی و درخواست و گرایش زنان به زایمان سزارین، باعث افزایش سزارین شده است.

کارکنان بهداشتی به جهات مختلف در رفتارهای خود الگو محسوب می‌شوند. مراجعه‌کنندگان به کارکنان بهداشتی اگر با تناقض در گفتار و عمل کارکنان روبرو شوند، اجرای برنامه‌های بهداشتی با مشکل مواجه خواهد شد (۱۲). در بین ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی، عاملان زایمان (متخصصان زنان و زایمان و ماماها) نقش ویژه‌ای در این زمینه به عهده دارند. به نظر می‌رسد که ترجیحات این گروه‌ها در ارتباط با نوع زایمان، بر امر مشاوره در دوران بارداری جهت انتخاب نوع زایمان زنان باردار تأثیرگذار است.

بانی و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که ۶۲/۲٪ از متخصصان زنان و زایمان زایمان سزارین را به عنوان گزینه ترجیحی خود انتخاب کرده‌اند، در حالی که ۵۷/۶٪ از ماماها نیز همین انتخاب را داشته‌اند. همچنین ۳۷/۷٪ از متخصصان و ۱۷/۶٪ از ماماها زایمان سزارین را به زنان باردار نخست‌زا پیشنهاد داده‌اند. مطالعه آنها نشان داد که ارتباط معناداری بین نوع زایمان ترجیحی متخصصان برای خود و زایمان پیشنهادی آنها وجود دارد (۹). مطالعه شمس و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داد که پزشکان به شدت بر

تصمیم مادر باردار تأثیر می‌گذارند و بسیاری از باورهای مادران 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 به همراه دارد، ایجاد می‌کنند؛ سبب می‌شود مادران نیز برای رهایی از آنها به سزارین روی آورند. این تأثیر به‌ویژه در مورد زنانی که پیش از حاملگی قصد زایمان طبیعی داشتند و سپس تصمیم آنها به سزارین تغییر کرد، بیشتر مشاهده می‌شود (۵). می‌توان گفت میزان دخالت پزشک طی دهه‌های گذشته به حدی بوده است که برخی محققین، مهم‌ترین علت در تصمیم به سزارین مادران باردار را قضاوت پزشک و شرایط محیطی حاکم بر وی و نه شرایط زایمانی زنان دانسته‌اند (۱۶). در مطالعه فرجی (۲۰۰۳) نیز ۷۰٪ زنان، پزشک را عامل تعیین روش زایمان دانستند، به این معنا که نگرش پزشک در انتخاب روش زایمان بسیار تأثیرگذار است (۱۷).

با توجه به آمار رو به افزایش سزارین‌های انتخابی در ایران، بررسی الگوهای زایمان در میان کارکنان حوزه سلامت زنان اهمیت زیادی دارد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی نوع زایمان انجام شده توسط ماماها و متخصصین زنان و عوامل مرتبط با ترجیح سزارین انتخابی در متخصصین زنان و ماماهای دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۱ بر روی متخصصین زنان و ماماها در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و پژوهشی و تمام مراکز بهداشت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گرفت. تمام متخصصین زنان و زایمان و ماماهای شاغل در دانشگاه علوم پزشکی مشهد که سابقه زایمان داشته و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، وارد مطالعه شدند. این مطالعه بر اساس طرح پژوهشی شماره ۴۰۰۱۴۳۶ مصوب تاریخ ۱۴۰۱/۲/۲۷ و مجوز کمیته اخلاق شماره IR.MUMS.MEDICAL.REC.1401.374 مصوب تاریخ ۱۴۰۱/۴/۲۸ انجام شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای پژوهشگر ساخته بود که با مطالعه کتب معتبر و مطالعات گذشته، تهیه شد. به منظور سنجش روایی چک‌لیست، ابتدا ابزار در اختیار تعدادی از ماماها و متخصصین زنان و زایمان قرار گرفت و از آنها تقاضا شد تا نظرات خود را به صورت مکتوب در رابطه با هر یک از سؤالات ارائه دهند. نسبت به اندازه‌گیری روایی محتوا از شاخص‌های CVR و CVI استفاده شد. برای اطمینان از همسانی درونی چک‌لیست، از آزمون کودرچاردسون استفاده شد و پرسش‌نامه در اختیار افراد داوطلب قرار گرفت.

در این مطالعه برای تعیین حجم نمونه، از جدول مورگان استفاده شد. با توجه به جامعه هدف که متخصصین زنان و ماماها شاغل در دانشگاه علوم پزشکی مشهد بودند و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای مجاز ۵٪، حداقل حجم نمونه ۲۱۰ نفر تعیین گردید. پس از تعیین حجم نمونه و اعمال معیارهای ورود به مطالعه که شامل شاغل بودن در کلیه مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی مشهد، تمایل آن‌ها به شرکت در پژوهش و داشتن سابقه زایمان بود؛ جمع‌آوری داده‌ها به صورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با روش پرسشنامه الکترونیکی انجام شد؛ بدین صورت که فراخوان و دعوت از متخصصین زنان و ماماها از طریق ارسال پیامک و گروه‌های اجتماعی در شبکه‌های مجازی به صورت لینک انجام شد و تکمیل

پرسشنامه توسط آن‌ها صورت گرفت. معیار خروج از مطالعه شامل: تکمیل ناقص پرسشنامه بود. در نهایت، ۲۸۸ نفر از متخصصین زنان و زایمان و ماماها نسبت به تکمیل اطلاعات اقدام کردند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مناسب و برای تعیین ارتباط میان متغیرهای کیفی و نوع زایمان، از آزمون کای دو استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۶) انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد کل متخصصین زنان و ماماها شاغل در مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۴۰۵ نفر بود که شامل ۳۵۸ ماما و ۴۷ پزشک متخصص زنان بود. از این تعداد، ۲۸۸ نفر شامل ۲۵۶ ماما و ۳۲ پزشک متخصص زنان به تکمیل پرسشنامه اقدام کردند. میانگین سنی افراد با زایمان اول طبیعی $25/98 \pm 6/52$ سال و میانگین سنی افرادی که زایمان اول سزارین داشتند، $27/43 \pm 7/67$ سال بود. همچنین، ۸۱ نفر (۲۸/۱۲٪) زایمان طبیعی داشتند و سایرین زایمان سزارین را تجربه کردند. سایر یافته‌های زمینه‌ای در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- متغیرهای زمینه‌ای افراد مورد مطالعه

متغیر	میانگین/ فراوانی
میانگین سن در زمان زایمان نخست	$26/43 \pm 7/67$
تعداد زایمان	۱ ۱۱۰ (۳۸/۲)
	۲ ۱۵۶ (۵۴/۲)
	۳ ۱۹ (۶/۶)
	۴ ۳ (۱/۰)
شغل	ماما ۲۵۶ (۸۸/۹)
	متخصص زنان و زایمان ۳۲ (۱۱/۱)
سطح تحصیلات	متخصص زنان و زایمان ۲۶ (۹/۰)
	فلوشیپ زنان و زایمان ۶ (۲/۱)
	کاردانی یا کارشناسی مامایی ۲۱۷ (۷۵/۳)
	کارشناسی ارشد یا دکترای مامایی ۳۹ (۱۳/۵)
نوع محل خدمت	آموزشی- پژوهشی ۲۵ (۸/۷)
	بهداشتی- مراکز بهداشتی ۱۴۷ (۵۱/۰)
	درمانی- بیمارستان ۱۱۶ (۴۰/۳)

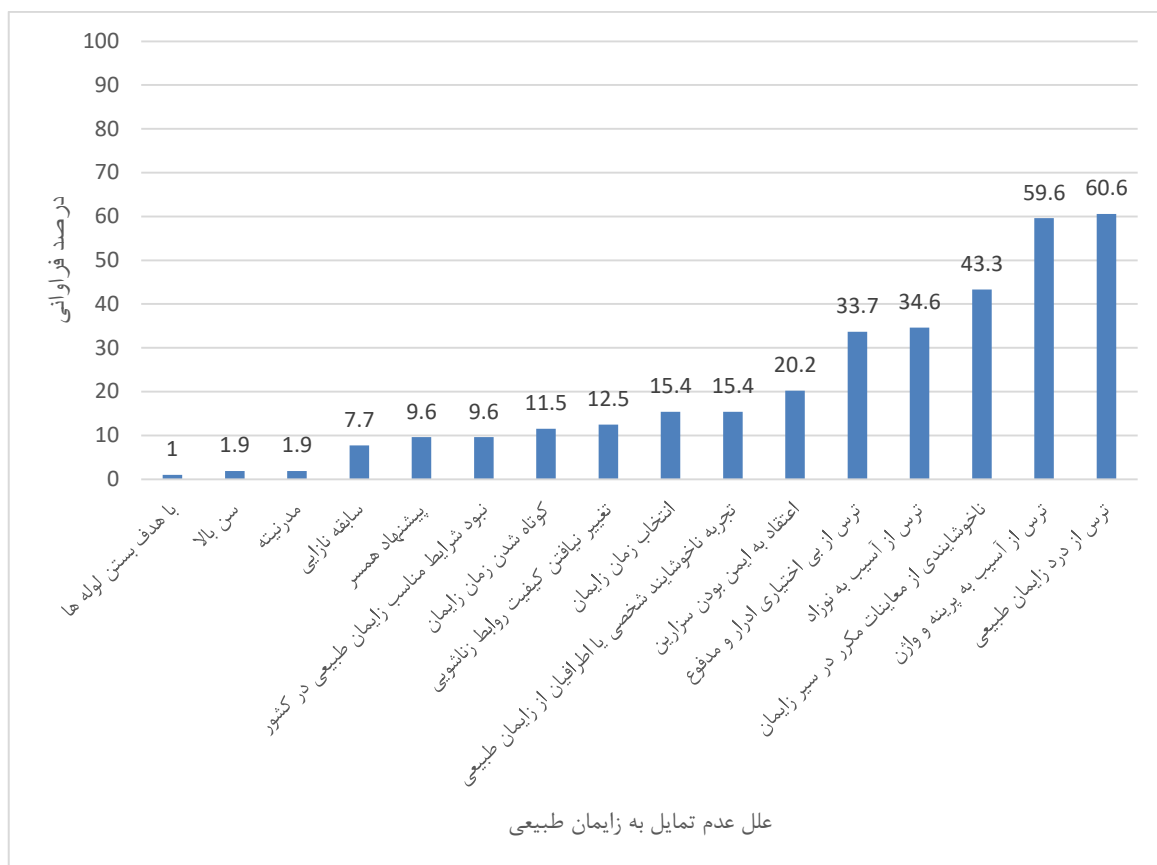
نوع زایمان	طبیعی	۸۱ (۲۸/۲)
	سزارین	۲۰۷ (۷۱/۸)
نوع بیمارستان	دانشگاهی	۱۱۱ (۳۸/۵)
	غیر دانشگاهی	۱۶۵ (۶۱/۵)

شایع‌ترین علت زایمان سزارین در افراد نخست‌زا به‌ترتیب انتخابی در ۱۰۴ نفر (۵۰/۲٪)، دیسترس جنینی در ۱۷ نفر (۸/۲٪) و عدم تطابق سر با لگن در ۱۶ نفر (۷/۷٪) بود. سایر علل زایمان سزارین در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲- بررسی علل نخستین سزارین

علت زایمان سزارین	فراوانی (درصد)
انتخابی (بدون اندیکاسیون پزشکی)	۱۰۴ (۵۰/۲)
دیسترس جنینی	۱۷ (۸/۲)
عدم تطابق سر با لگن	۱۶ (۷/۷)
پرزنتاسیون غیر سفالیک	۱۵ (۷/۲)
توقف دیلاتاسیون	۱۰ (۴/۸)
توقف نزول	۹ (۴/۳)
پره‌اکلامپسی شدید	۷ (۳/۴)
ماکروزومی	۵ (۲/۴)
محدودیت رشد داخل رحمی شدید	۵ (۲/۴)
وجود میوم حجیم در سگمان تحتانی	۵ (۲/۴)
سابقه اسکار رحمی	۴ (۱/۹)
جفت سرراهی	۳ (۱/۴)
چندقلویی	۳ (۱/۴)
پرولاپس بند ناف	۲ (۱/۰)
وجود سرکلاژ شکمی	۱ (۰/۵)
دکولمان جفت	۱ (۰/۵)
ناهنجاری جنین	۰ (۰/۰)
سابقه کولیپورافی	۰ (۰/۰)
دلایل طبی غیرمابایی و غیر ژنیکولوژی	۰ (۰/۰)

در بررسی صورت گرفته، در ۲۰۷ مورد سزارین انجام شده در زنان نخست‌زا، ترس از درد زایمان طبیعی (۶۰/۶٪)، ترس از آسیب به پرینه و واژن (۵۹/۶٪) و ناخوشایندی از معاینات مکرر در سیر زایمان (۴۳/۳٪)، شایع‌ترین علل عدم تمایل به زایمان طبیعی بودند. همچنین بستن لوله‌ها و سن بالا، کمترین اهمیت را در عدم تمایل به زایمان طبیعی داشتند (نمودار ۱).



نمودار ۱- علل عدم تمایل به انجام زایمان طبیعی در افراد نخست‌زا با زایمان سزارین

بر اساس نتایج به‌دست آمده، بین ماماها و متخصصین زنان و زایمان از نظر نوع زایمان اول تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=0/677$). سن، سطح تحصیلات و نوع محل خدمت نیز بر فراوانی نوع زایمان تأثیر معناداری نداشت ($p=0/375$). نسبت افرادی که در بیمارستان-های غیردانشگاهی زایمان سزارین را ترجیح داده بودند، به‌طور معناداری بیشتر از افرادی بود که در بیمارستان دانشگاهی حضور داشتند ($p=0/001$).

جدول ۳- مقایسه تأثیر سن، شغل، سطح تحصیلات، نوع محل خدمت و بیمارستان محل زایمان بر نوع زایمان اول

سن (سال)	مخصوصیت	سزارین	طبیعی	سطح معنی‌داری
۲۷/۴۳ ± ۷/۶۷	۲۵/۹۸ ± ۶/۵۲	۰/۲۵۱*		
شغل	ماما	۱۸۳ (۷۱/۵)	۷۳ (۲۸/۵)	۰/۶۷۷*
	متخصص زنان و زایمان	۲۴ (۷۵/۰)	۸ (۲۵/۰)	
سطح تحصیلات	متخصص زنان و زایمان	۲۱ (۸۰/۷)	۵ (۱۹/۲)	۰/۳۶۹*
	فلوشیپ زنان و زایمان	۳ (۵۰/۰)	۳ (۵۰/۰)	
	کاردانی یا کارشناسی مامایی	۱۵۷ (۷۲/۴)	۶۰ (۲۷/۶)	
	کارشناسی ارشد یا دکترای مامایی	۲۶ (۶۶/۷)	۱۳ (۳۳/۳)	
نوع محل خدمت	آموزشی- پژوهشی	۱۷ (۶۸/۰)	۸ (۳۲/۰)	۰/۳۷۵*
	بهداشتی- مراکز بهداشتی	۱۱۱ (۷۵/۵)	۳۶ (۲۴/۵)	
	درمانی- بیمارستان	۷۹ (۶۸/۱)	۳۷ (۳۱/۹)	
بیمارستان محل زایمان	غیر دانشگاهی	۱۳۲ (۸۰/۰)	۳۳ (۲۰/۰)	<0/001*
	دانشگاهی	۶۴ (۵۷/۷)	۴۷ (۴۲/۳)	

*آزمون تی مستقل، ^Sآزمون دقیق، &آزمون کای دو

بررسی یافته‌های زایمان دوم

دوم شامل سابقه اسکار رحمی (۶۲/۸۷٪)، عدم تطابق سر با لگن (۵/۲٪) و ماکروزومی (۴/۵۱٪) بود. جزئیات این علل در جدول ۴ ارائه شده است.

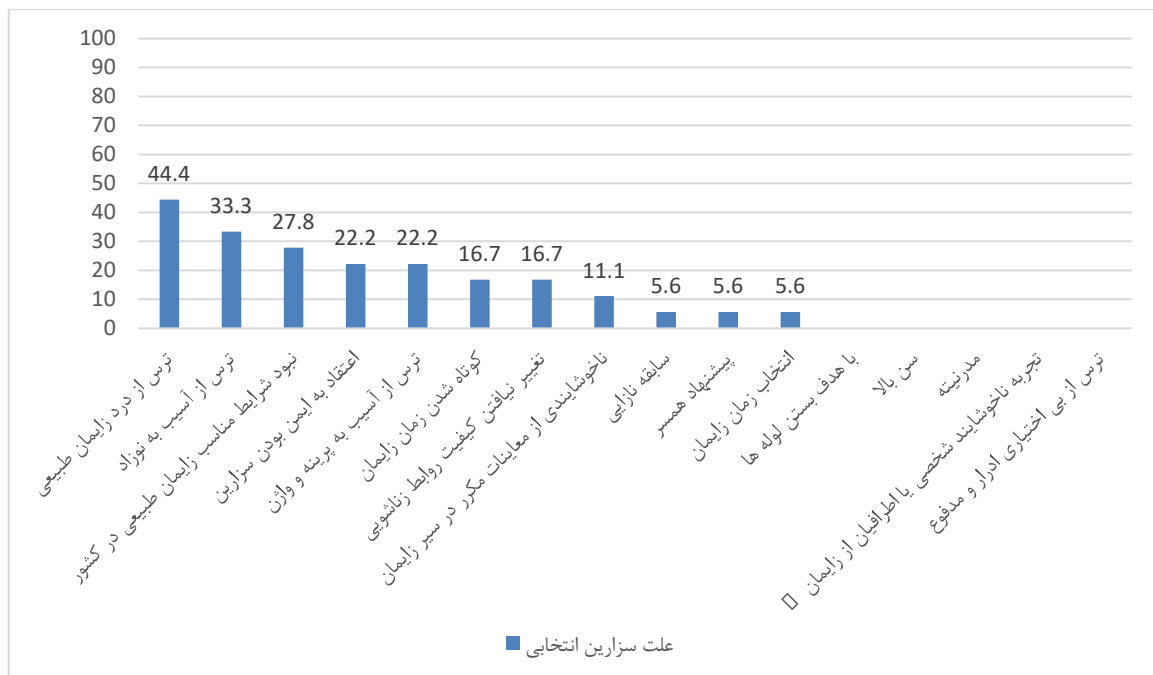
از میان ۱۵۶ نفر که دو مرتبه زایمان داشتند، ۱۱۲ نفر (۸۵٪) زایمان سزارین و ۴۴ نفر (۲۵٪) زایمان طبیعی داشتند. شایع‌ترین علل سزارین غیرانتخابی در زایمان

جدول ۴- علل سزارین در دومین زایمان در بیماران مورد مطالعه

علت زایمان سزارین	فراوانی
انتخابی (بدون اندیکاسیون پزشکی)	۱۸ (۱۳/۴)
سابقه اسکار رحمی	۶۲ (۶۲/۷)
دیسترس جنینی	۸ (۶/۰)
عدم تطابق سر با لگن	۷ (۵/۲)
ماکروزومی	۶ (۴/۵)
پرزنتاسیون غیرسفالیک	۳ (۲/۲)
پره‌کلامپسی شدید	۲ (۱/۵)
توقف دیلاتاسیون	۱ (۰/۷)
توقف نزول	۱ (۰/۷)
دکولمان جفت	۱ (۰/۷)
وجود سرکلاژ شکمی	۱ (۰/۷)
وجود میوم حجیم در سگمان تحتانی	۱ (۰/۷)

به نوزاد در ۵۲ نفر (۳۳/۳٪) و نبود شرایط مناسب زایمان طبیعی در ۳۳ نفر (۲۷/۸٪) بود.

دلایل زایمان سزارین انتخابی در نمودار ۲ نمایش داده شده است. بر این اساس شایع‌ترین علل شامل: ترس از درد زایمان طبیعی در ۷۰ نفر (۴۴/۴٪)، ترس از آسیب



نمودار ۲- بررسی علل عدم تمایل به دومین زایمان طبیعی در مادرانی که اولین زایمان ایشان طبیعی بوده است.

بر اساس نتایج به دست آمده، در زایمان دوم نسبت افرادی که در بیمارستان‌های غیردانشگاهی زایمان سزارین را ترجیح داده بودند، به طور معناداری بیشتر از افرادی بود که در بیمارستان دانشگاهی حضور داشتند ($p=0/001$).

جدول ۵- مقایسه تأثیر سن، شغل، سطح تحصیلات، نوع محل خدمت و نوع بیمارستان محل زایمان بر نوع زایمان دوم

سن (سال)	خصوصیت	سزارین	طبیعی	سطح معنی داری
	ماما	۳۱/۱۷±۴	۳۰/۸۸±۳	۰/۷۱۵*
شغل	متخصص زنان و زایمان	۶ (۱۸/۸)	۴ (۱۲/۵)	۰/۲۶۶
	متخصص زنان و زایمان	۲ (۱۱/۵)	۲ (۱۱/۵)	
سطح تحصیلات	فلوشیپ زنان و زایمان	۳ (۵۰/۰)	۱ (۱۶/۷)	۰/۴۲۳
	کاردانی یا کارشناسی مامایی	۱۱۲ (۵۱/۶)	۳۴ (۱۵/۷)	
	کارشناسی ارشد یا دکترای مامایی	۱۶ (۴۱/۰)	۶ (۱۵/۴)	
	آموزشی - پژوهشی	۱۱ (۴۴/۰)	۳ (۱۲/۰)	
نوع محل خدمت	بهداشتی - مراکز بهداشتی	۷۸ (۵۳/۱)	۲۱ (۱۴/۳)	۰/۳۶۵ [§]
	درمانی - بیمارستان	۴۵ (۳۸/۸)	۲۰ (۱۷/۲)	
بیمارستان محل زایمان	غیر دانشگاهی	۸۹ (۸۴/۸)	۱۶ (۱۵/۲)	<۰/۰۰۱ [§]
	دانشگاهی	۴۵ (۶۱/۶)	۲۸ (۳۸/۴)	

* آزمون تی مستقل، [§] آزمون دقیق فیشر، [§] آزمون کای دو

بررسی یافته‌های زایمان سوم

داده شده است. شایع‌ترین دلایل سزارین غیر انتخابی در زایمان دوم شامل: سابقه اسکار رحمی (۴۱/۶٪)، عدم تطابق سر با لگن (۸/۳٪) و پرزانتاسیون غیرسفالیک (۸/۳٪) بود.

از بین ۱۹ نفر که سه مرتبه زایمان داشتند، ۱۲ نفر (۶۳٪) زایمان سزارین و ۷ نفر (۳۷٪) زایمان طبیعی داشتند. علل سزارین غیر انتخابی در جدول ۶ نمایش

جدول ۶- علل سزارین در سومین زایمان در بیماران مورد مطالعه

علت زایمان سزارین	فراوانی
انتخابی (بدون اندیکاسیون پزشکی)	۵ (۴۱/۶)
غیرانتخابی	۷ (۵۸/۴)
سابقه اسکار رحمی	۵ (۴۱/۶)
پرزانتاسیون غیرسفالیک	۱ (۸/۳)
عدم تطابق سر با لگن	۱ (۸/۳)

ترس از آسیب به پرینه و واژن (۱ مورد) بود. بر اساس نتایج به دست آمده، سن، شغل، سطح تحصیلات، نوع محل خدمت و نوع بیمارستان محل زایمان، تأثیر معناداری در نوع زایمان سوم نداشت (جدول ۷).

دلایل زایمان سزارین انتخابی در سومین زایمان شامل: انتخاب زمان زایمان (۱ مورد)، عدم دسترسی به امکانات خوشایندسازی زایمان طبیعی یعنی عدم امکان حضور همسر و عدم استفاده از زایمان بدون درد (۳ مورد) و

جدول ۷- مقایسه تأثیر سن، شغل، سطح تحصیلات، نوع محل خدمت و بیمارستان محل زایمان بر نوع زایمان سوم

سن (سال)	خصوصیت	سزارین	طبیعی	سطح معنی داری
		۳۵/۴۶±۲/۳	۳۲/۲۸±۳/۴	۰/۱۳*
شغل	ماما	۱۵ (۵/۹)	۶ (۲/۳)	۰/۳۲
	متخصص زنان و زایمان	۰ (۰)	۱ (۳/۱)	
سطح تحصیلات	متخصص زنان و زایمان	۰ (۰)	۱ (۳/۱)	
	فلوشیپ زنان و زایمان	۰ (۰)	۰ (۰)	۰/۳۲
	کارדانی یا کارشناسی مامایی	۱۵ (۶/۹)	۶ (۲/۸)	
	کارشناسی ارشد یا دکترای مامایی	۰ (۰)	۰ (۰)	
نوع محل خدمت	آموزشی - پژوهشی	۰ (۰)	۱ (۳/۱)	
	بهداشتی - مراکز بهداشتی	۷ (۴/۸)	۳ (۲/۰)	۰/۴۵
	درمانی - بیمارستان	۸ (۶/۹)	۳ (۲/۶)	
بیمارستان محل زایمان	غیر دانشگاهی	۱۰ (۷۶/۹)	۳ (۲۳/۱)	۰/۳۸
	دانشگاهی	۵ (۵۵/۶)	۴ (۴۴/۴)	

* آزمون تی مستقل، [§] آزمون دقیق فیشر

زایمان چهارم

همچنین در مطالعه ۳ شرکت کننده، ۴ زایمان انجام داده بودند که از این بین، ۱ نفر سزارین تکراری و ۲ نفر زایمان طبیعی بودند. هیچ موردی از زایمان طبیعی بعد از سزارین (VBAC)^۱ در افراد مورد مطالعه وجود نداشت.

بحث

در این مطالعه، ۸۱ نفر (۲۸/۱۲٪) از شرکت کنندگان زایمان طبیعی و باقی مانده زایمان سزارین داشتند. شایع ترین علت زایمان سزارین در افراد مورد مطالعه به ترتیب انتخابی (۵۰/۲٪)، دیسترس جنینی (۸/۲٪) و عدم تطابق سر با لگن (۷/۷٪) بود. بر اساس نتایج، ترس از درد زایمان طبیعی (۶۰/۶٪)، ترس از آسیب به پرینه و واژن (۵۹/۶٪) و ناخوشایندی از معاینات مکرر در سیر زایمان (۴۳/۳٪)، شایع ترین علل عدم تمایل به زایمان طبیعی در افراد نخست زایمان بودند. همچنین، عواملی نظیر بستن لوله ها، سن بالا و مدرنیته، کمترین تأثیر را در عدم تمایل به زایمان طبیعی داشتند. در افرادی که دومین حاملگی را به روش سزارین انجام داده بودند، ترس از درد زایمان طبیعی (۴۴٪)، ترس از آسیب به نوزاد (۳۳/۳٪) و نبود شرایط مناسب برای

زایمان طبیعی در کشور (۲۷/۸٪) به ترتیب شایع ترین علل عدم تمایل به زایمان طبیعی بودند. بر اساس نتایج به دست آمده، بین ماماها و متخصصین زنان و زایمان در نوع زایمان اول تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=0/68$)؛ اما ماماها به طور معناداری بیشتر از متخصصین زنان و زایمان تمایل به زایمان سزارین در زایمان دوم داشتند ($p=0/001$). همچنین، سطح تحصیلات ($p=0/39$)، سن ($p=0/25$) و نوع محل خدمت ($p=0/39$) بر فراوانی نوع زایمان تأثیر معناداری نداشت. نسبت افرادی که در بیمارستان های غیردانشگاهی زایمان سزارین را ترجیح داده بودند، به طور معناداری بیشتر از افرادی بود که در بیمارستان های دانشگاهی حضور داشتند ($p=0/001$). شیوع سزارین در جامعه متخصصین زنان و ماماها به طور قابل توجهی بالا است. این یافته می تواند به چند دلیل باشد؛ نخست آنکه فراوانی انجام زایمان سزارین در کشور ما نسبت به متوسط جهانی به طور چشم گیری بالاست؛ به طوری که فراوانی سزارین در کشور در سال ۲۰۰۹ برابر ۴۷/۹٪ بوده، در حالی که میانگین جهانی آن ۱۸/۶٪ است (۱۹). دوم اینکه سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی خانواده ها به طور مستقل با افزایش میزان زایمان سزارین ارتباط دارد. با توجه به اینکه افراد مورد مطالعه حاضر از افراد با تحصیلات بالای جامعه و همچنین وضعیت اقتصادی مطلوبی برخوردار

¹ Vaginal Birth After Cesarean

بودند، احتمالاً افزایش میزان زایمان سزارین در آن‌ها نیز در این زمینه قابل توجه است (۲۲، ۲۳).

شایع‌ترین علت زایمان سزارین در افراد مورد مطالعه به ترتیب انتخابی (۵۰/۲٪)، دیسترس جنینی (۸/۲٪) و عدم تطابق سر با لگن (۷/۷٪) بود. در همین راستا، در مطالعه بانی و همکاران (۲۰۱۲) که به بررسی علل زایمان سزارین در ۱۵۳ ماما و ۹۰ متخصص زنان و زایمان پرداختند، مشابه با نتایج مطالعه حاضر، ۶۲/۲٪ از متخصصین زنان و ۵۷/۶٪ از ماماها به سزارین انتخابی اقدام کرده بودند (۹).

مطالعات دیگری نیز نشان داده‌اند که تمایل به سزارین در میان متخصصین زنان و ماماها به‌طور قابل توجهی بیشتر از سایر اقشار جامعه است؛ به‌عنوان مثال، در مطالعه حنطوش‌زاده و همکاران (۲۰۰۸) در تهران، ۳۵/۹٪ از ۷۸۵ متخصص پاسخ دهنده، سزارین را برای خود ترجیح می‌دادند (۲۶). این موضوع اهمیت دارد، زیرا پزشکان و ماماها، یکی از عوامل اصلی در تصمیم‌گیری مادران برای انتخاب نوع زایمان هستند. بنابراین، زمانی که ترجیح پزشک بر زایمان سزارین باشد، احتمالاً نمی‌تواند مادر را به انجام زایمان طبیعی تشویق کند.

در مطالعه حاضر بر اساس بررسی‌های صورت گرفته، ترس از درد زایمان طبیعی (۶۰/۶٪)، ترس از آسیب به پرینه و واژن (۵۹/۶٪) و ناخوشایندی از معاینات مکرر در سیر زایمان (۴۳/۳٪)، شایع‌ترین علل عدم تمایل به زایمان طبیعی بودند. همچنین، پراهمیت‌ترین علل ترجیح سزارین توسط متخصصین، ترس از آسیب به نوزاد، ترس از درد زایمان و اعتقاد به ایمن بودن سزارین بود. از نظر ماماها، ترس از درد زایمان، ترس از آسیب به پرینه و واژن و ترس از بی‌اختیاری ادرار، از علل مهم عدم تمایل به زایمان طبیعی بودند. مجموعه‌ای از مطالعات نشان می‌دهد که ترس از درد زایمان طبیعی، مهم‌ترین علت گرایش به زایمان سزارین در بین متخصصین زنان و ماماها می‌باشد (۲۷-۳۰).

به‌طور کلی، آمار سزارین، یکی از شاخص‌های بررسی عملکرد برنامه‌های سلامت مادران است و افزایش سزارین‌های غیرضروری، نشان‌دهنده عملکرد نامطلوب نظام سلامت کشور است (۳۱). امروزه شیوع سزارین،

افزایش روزافزونی دارد و این عمل، عواقب و عوارضی برای مادر و نوزاد به همراه دارد. سزارین علاوه بر اینکه هزینه‌هایی را بر سیستم بهداشتی تحمیل می‌کند، خطراتی نظیر افزایش میزان مرگ‌ومیر مادر ۳-۲ برابر نسبت به زایمان طبیعی، عفونت، خونریزی، صدمات و آسیب‌های ارگان‌های داخلی حین عمل و عوارض روانی مانند اضطراب و احساس گناه را نیز به همراه دارد (۳۲).

نقطه قوت مطالعه حاضر این بود که به بررسی علل ترجیح زایمان سزارین در بین متخصصین زنان و ماماها پرداخت. با این حال، این مطالعه دارای محدودیت‌هایی از جمله سوگیری یادآوری بود، زیرا داده‌ها بر اساس گزارش‌های خود شرکت‌کنندگان در مورد زایمان‌های قبلی‌شان جمع‌آوری شده بود. برای اطمینان از اثربخش بودن و انجام مطالعه دقیق‌تر به‌منظور کنترل متغیرهای ناخواسته، پیشنهاد انجام این مطالعه در حجم‌های بیشتر و انجام مطالعه به‌صورت RCT چندمرکزی توصیه می‌شود. با توجه به اینکه زایمان طبیعی جایگاه خود را از دست داده و سزارین جایگزین آن شده است، باید جهت افزایش زایمان طبیعی، اقدامات اساسی صورت گیرد. یکی از این اقدامات، تشویق متخصصین و ماماها به ترغیب مادران به زایمان طبیعی است.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که بیشتر افراد مورد مطالعه، زایمان سزارین انتخابی دارند. علت اصلی که این افراد به زایمان سزارین سوق داده می‌شوند، مسائل پزشکی نبوده، بلکه مسائل روانی مانند ترس از درد زایمان طبیعی است. بنابراین، برای سوق دادن این گروه به انجام زایمان‌های طبیعی، باید نگرانی‌های ذهنی آن‌ها کاهش یابد. این مطالعه همچنین نشان داد که ماماها و متخصصین زنان و زایمان در طی تحصیل و اشتغال به این باور نرسیده‌اند که زایمان واژینال، روشی مطمئن برای زایمان زنان باردار بدون مشکل می‌باشد و اندیکاسیون‌های سزارین را به‌خوبی درک نکرده‌اند. پژوهشگر معتقد است که ترجیح افراد بر عملکردشان تأثیرگذار است و اگر ماما که نقش کلیدی در مراقبت‌های دوران بارداری و در حین زایمان دارد، این باور را نداشته باشد که زایمان طبیعی بهتر از سزارین

ملاحظات اخلاقی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دانشجویی رزیدنت زنان می‌باشد که پس از اخذ موافقت از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد و در این مطالعه افراد با رضایت آگاهانه و آزادانه وارد مطالعه شدند.

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در تأیید گردآوری داده‌ها و نگارش مقاله مشارکت داشتند.

است، در روند آموزش به مادر، تلاش کافی را برای متقاعد نمودن زنان باردار خواهان سزارین انجام نخواهد داد و در حین کمک به مادر در زایمان، مدت زمان کمتری برای تلاش در جهت کمک به زایمان طبیعی اختصاص می‌دهد و با تأمل کمتری مادر را به سمت سزارین سوق خواهد داد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاران محترم متخصصین زنان و ماماها که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

در این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود نداشت.

منابع

- Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. 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* 2010; 30(1):1-31.
- Florica M, Stephansson O, Nordström L. Indications associated with increased cesarean section rates in a Swedish hospital. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2006; 92(2):181-5.
- Miri Farahani L, Abbasi Shavazi MJ. Caesarean section change trends in Iran and some demographic factors associated with them in the past three decades. *Journal of Advanced Biomedical Sciences* 2012; 2(3):127-34.
- Alimohamadian M, Shariat M, Mahmoodi M, Ramezanzadeh F. The influence of maternal request on the elective cesarean section rate in maternity hospitals in Tehran, Iran. *Payesh (Health Monitor)* 2003; 2(2):137-42.
- Shams-Ghahfarrokhi Z, Khalajabadi Farahani F, Saraei H. Determinants of intention for cesarean section vs. normal delivery among pregnant women in Esfahan. *Journal of Population Association of Iran* 2014; 9(17):199-224.
- Alimohammadzade K, Mohebi S. Systematic review of research papers in the recent three decades on the "reasons of cesarean section" and population health management strategies in Iran. *Women's strategic studies* 2013; 16(61):7-57.
- Norberg K, Pantano J. Cesarean sections and subsequent fertility. *Journal of Population Economics* 2016; 29(1):5-37.
- Baker ER, D'alton ME. Cesarean section birth and cesarean hysterectomy. *Clinical obstetrics and gynecology* 1994; 37(4):806-15.
- Bani S, Seyedrasooli E, Ghoreishi TS, Ghoojzadeh M, Hassanpoor S. Preference of delivery attendants regarding mode of delivery for themselves and pregnant women. *Payesh (Health Monitor)* 2012; 11(5):629-35.
- Mohammadpourasl A, Asgharian P, Rostami F, Azizi A, Akbari H. Investigating the choice of delivery method type and its related factors in pregnant women in Maragheh. *Journal of Knowledge & Health in Basic Medical Sciences* 2009; 4(1):36-39.
- Fardi Azar Z, Jafari SM. A survey for determining factors on women's attitudes toward vaginal and cesarean delivery. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2003; 59:66-69.
- Kaplan HC, Brady PW, Dritz MC, Hooper DK, Linam WM, Froehle CM, et al. The influence of context on quality improvement success in health care: a systematic review of the literature. *The Milbank Quarterly* 2010; 88(4):500-59.
- Peydayesh M, Zamani N, Mohseni M, Dehghani Z, Nikfar S. The prevalence of cesarean section and some related factors: A cross sectional study in Iran. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology* 2021; 25(6):3711-7.

14. Francome C, Savage W. Cesarean section in Britain and the United States 12% or 24%: is either the right rate?. *Social science & medicine* 1993; 37(10):1199-218.
15. Eyi EG, Mollamahmutoglu L. An analysis of the high cesarean section rates in Turkey by Robson classification. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2021; 34(16):2682-92.
16. Anderson GM, Lomas J. Explaining variations in cesarean section rates: patients, facilities or policies?. *Canadian Medical Association Journal* 1985; 132(3):253.
17. Faraji DR, Zahiri SZ, Farjad BF. A survey of knowledge and attitude of pregnant women about delivery methods. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2003; 12(46):69-75.
18. Laluei A, Kashanizadeh N, Teymouri M. The influence of academic educations on choosing preferable delivery method in obstetrics medical team: investigating their viewpoints. *Iranian Journal of Medical Education* 2009; 9(1).
19. Kiani A, Heidari M, Rahnama P, Mohammaditabar S. Midwives'attitudes and Related Factors Towards Elective Cesarean Section. *Payesh (Health Monitor)* 2014; 13(3):331-8.
20. Arikan DC, Özer A, Arikan I, Coskun A, Kiran H. Turkish obstetricians' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery on maternal request. *Archives of gynecology and obstetrics* 2011; 284(3):543-9.
21. Nasrollahi S, Heydari P, Khalajinia Z. A survey of obstetrics team's attitude and preference toward mode of delivery in Alborz Province maternity clinics and hospitals in 2011. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2013; 15(37):21-8.
22. Fabri RH, Murta EF. Socioeconomic factors and cesarean section rates. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2002; 76(1):87-8.
23. Abdolfazl Mohammad B, Seyed Hamid Reza T, Narges Mohammad S, Maryam Y. Factors influencing cesarean delivery method in Shiraz hospitals: 37-45.
24. Dickson MJ, Willett M. Midwives would prefer a vaginal delivery. *BMJ: British Medical Journal* 1999; 319(7215):1008.
25. Mc Gurgan P, Coulter-Smith S, O'Donovan PJ. A national confidential survey of obstetrician's personal preferences regarding mode of delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2001; 97(1):17-9.
26. Hantoushzadeh S, Rajabzadeh A, Saadati A, Mahdanian A, Ashrafinia N, Khazardoost S, et al. Cesarean or normal vaginal delivery: overview of physicians' self-preference and suggestion to patients. *Archives of gynecology and obstetrics* 2009; 280(1):33-7.
27. Karlström A, Rådestad I, Eriksson C, Rubertsson C, Nystedt A, Hildingsson I. Cesarean section without medical reason, 1997 to 2006: a Swedish register study. *Birth* 2010; 37(1):11-20.
28. 27Abd El-Aziz SN, Mansour S, Hassan NF. Factors associated with fear of childbirth: It's effect on women's preference for elective cesarean section. *J Nurs Educ Pract* 2017; 7(1):133-46.
29. Khalesi ZB. Relationship between Primigravid women's awareness, attitude, fear of childbirth, and mode of delivery preference. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X. 2022; 14:100143.
30. Asad U, Imran S, Ilyas M, Israr S, Lashari K. Psychosocial and Emotional Factors Influencing the Choice between Cesarean Section and Natural Birth. *Frontiers in Health Informatics* 2024; 13(1).
31. Steer PJ, James DK. *High Risk Pregnancy: Management Options*. Elsevier Health Sciences; 2011.
32. Mobaraki A, Zadehbagheri GH, Zandi Ghashghaie KA. Prevalence of cesarean section and the related causes in Yasuj city in 2003. *Armaghane danesh* 2005; 10(3):67-73.

Delivery Patterns and Factors Associated with the Preference for Elective Cesarean Section among Obstetricians and Midwives at Mashhad University of Medical Sciences in 2022: A Cross-Sectional Study

Parisa Barooti¹, Seyed Saeed Tabatabaee², Fatemeh Tara^{3*}, Morvarid Irani⁴

1. Obstetrician and Gynecologist, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
2. Associate Professor, Department of Health Economics and Management, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
3. Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
4. Associate Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran.

Abstract

Received: Jun 26, 2025 Accepted: Sep 30, 2025

Introduction: The delivery preferences of maternity care providers, particularly obstetricians and midwives, significantly influence mothers' choices regarding their mode of delivery. Regarding to the increasing rates of elective cesarean sections in Iran, examining the delivery patterns of these professionals is of great importance. Therefore, the present study was conducted with aims to investigate the types of deliveries performed by midwives and obstetricians and the factors associated with their preference for elective cesarean sections at Mashhad University of Medical Sciences.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2022 among obstetricians and midwives working at Mashhad University of Medical Sciences. Sampling was performed using a convenience method through the distribution of an electronic questionnaire (via Porsline). The questionnaire included demographic information, delivery history, type of delivery (vaginal or cesarean), and reasons for preferring elective cesarean sections. Data were analyzed using SPSS software (version 16) and Chi-square test. $P < 0.05$ was considered significant.

Results: Among the participants, 81 (28%) experienced a vaginal delivery in their first childbirth, while the others chose a cesarean section. The most common reasons for selecting elective cesarean sections in the first delivery included fear of pain in 126 subjects (61%), concern about perineal injury in 124 (60%), and dissatisfaction with frequent vaginal examinations in 90 (43%). No significant difference was observed between midwives and obstetricians regarding the type of delivery in the first childbirth ($P = 0.677$); however, midwives showed a greater inclination to choose cesarean sections in their second deliveries. Delivery in non-university hospitals was also associated with a higher rate of cesarean sections.

Conclusion: Most participants preferred cesarean sections not due to medical indications but for psychological and social reasons. The results highlight the necessity of expanding pain relief methods during childbirth, promoting the presence of support persons, and fostering social awareness to accept vaginal delivery as a safe and physiological process.

Keywords: Cesarean Section, Midwife, Normal Vaginal Birth, Obstetrician and Gynecologist

► Please cite this article as:

Barooti P, Tabatabaee SS, Tara F, Irani M. Delivery Patterns and Factors Associated with the Preference for Elective Cesarean Section among Obstetricians and Midwives at Mashhad University of Medical Sciences in 2022: A Cross-Sectional Study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2025; 28(7):21-33. DOI: 10.22038/ijogi.2025.87656.6425