

دیدگاه مادران باردار در مورد میزان رعایت اصل رضایت آگاهانه توسط متخصصان زنان و مامایی شهر اصفهان در مورد شیوهی انجام زایمان

دکتر احمد رضا زمانی^۱، دکتر زیبا فرج زادگان^۱، دکتر رضا سیروس^۲

چکیده

مقدمه: زایمان طبیعی به عنوان بهترین روش زایمان در اکثر مواقع تشخیص داده می‌شود، ولی طی دهه‌های اخیر میزان انجام جراحی سزارین چندین برابر افزایش یافته است. در حال حاضر در کشور ما، چیزی بین ۶۵-۵۰ درصد از زایمان‌ها به صورت سزارین می‌باشد. با ارائه‌ی اطلاعات صحیح در مورد مزایا و معایب سزارین و زایمان طبیعی می‌توان با این رویداد مقابله کرد. هدف این تحقیق، بررسی میزان رعایت اصل رضایت آگاهانه می‌باشد. پژوهش حاضر، با هدف بررسی میزان اطلاعاتی که پزشکان متخصص زنان در زمینه‌ی مزایا و معایب شیوه‌های گوناگون به دنیا آوردن نوزاد (فاکتورهای رضایت آگاهانه) در اختیار مادران باردار قرار می‌دهند، انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه‌ی توصیفی و مقطعی بر روی ۴۸۲ مادر بارداری که در ۳ ماهه‌ی سوم حاملگی بودند و به هر علتی (چه برای وضع حمل و چه به علل دیگر) در بخش زنان و زایمان تعداد مشخصی از بیمارستان‌های خصوصی، دولتی دانشگاهی، دولتی غیر دانشگاهی و تأمین اجتماعی بستری بودند، انجام گرفت و انتخاب از بین مادران باردار به صورت غیر تصادفی آسان بود. پرسش‌نامه‌ی رضایت آگاهانه حاوی ۳۰ سؤال، در ۵ دقیقه‌ی مضرات، منافع، هزینه‌ها، روش‌های جایگزین و نحوه و کیفیت ارائه‌ی مطالب به مادران داده شد. اطلاعات در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های χ^2 ، Kruskal-Wallis و Mann-Whitney مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین کل اطلاعات داده شده به مادران باردار ۱/۰۶ از ۴ (SD = ۰/۹۳) بود. اطلاعات داده شده در مورد عوارض سزارین ۰/۸۲ (SD = ۱/۰۷)، عوارض زایمان طبیعی ۰/۸۵ (SD = ۱/۱)، منافع سزارین ۱/۲۹ (SD = ۱)، منافع زایمان طبیعی ۱/۳۴ (SD = ۱)، هزینه‌ها ۲/۲۹ (SD = ۱/۳)، روش‌های جایگزین ۰/۹۵ (SD = ۱/۱) و کیفیت ارائه‌ی مطالب ۱/۲۱ (SD = ۱/۱۴) به دست آمد.

نتیجه‌گیری: میزان توجه به کسب رضایت آگاهانه از مادران باردار توسط پزشکان متخصص زنان بسیار پایین است و در مواردی نیز همراه با سوگیری خاص می‌باشد. بدین ترتیب انجام برنامه‌ریزی مدون و صحیح، جهت آموزش و ارتقای سطح آگاهی بیماران نسبت به حقوق خود و جلب نظر پزشکان معالج جهت توجه بیشتر به این حقوق لازم به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: سزارین، زایمان طبیعی، رضایت آگاهانه

مقدمه

هدف نهایی تیم زایمان انجام یک زایمان ایمن و تولد نوزادی سالم با حفظ سلامتی مادر و جنین می‌باشد (۳)، به همین دلیل ضروری به نظر می‌رسد که همیشه سیر زایمان مدنظر قرار گیرد تا در صورت بروز کوچک‌ترین خطر، مداخلات لازم برای حفظ جان مادر و جنین صورت گیرد. بر همین اساس طی دهه‌های اخیر روش جراحی

در حالی که زایمان یک پدیده‌ی فیزیولوژیک و روندی برای بقای نسل در طول تاریخ بشری محسوب می‌شود، به دلیل مسائلی نظیر چگونگی انجام و وحشت ناشی از آن همواره تفکر زنان را نسبت به خود شکل داده است و تأثیر فوق‌العاده‌ای بر بهداشت روانی و اجتماعی فرد و خانواده‌ی او دارد (۱، ۲).

^۱ دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر رضا سیروس

سزارین ایجاد شد تا بتوان در مواقع اورژانسی مانند نوزاد بریچ، پارگی زودرس پرده‌های جنینی، عدم تطابق بین سر جنین و لگن مادر و در نتیجه عدم امکان انجام زایمان طبیعی برای حفظ جان مادر و جنین از آن استفاده کرد (۴-۶)، ولی متأسفانه با گذشت زمان به یکی از روش‌های معمول جهت انجام بارداری در مادران تبدیل شده است؛ در حالی که عوارض عدیده‌ای از جمله بیهوشی، خونریزی، آمبولی عفونت‌های بعد از عمل جراحی و مرگ و میر بیشتر مادران پس از انجام عمل سزارین را به همراه دارد.

همه‌ی این عوامل به غیر از ایجاد عوارض جسمی و روانی برای مادر، موجب ۲ تا ۳ برابر شدن هزینه‌ی زایمان برای مادر و خانواده می‌شود، همچنین ناتوانی مادر پس از انجام سزارین موجب عدم توجه و رسیدگی کامل مادر و شیردهی صحیح به نوزاد پس از تولد می‌گردد (۴-۱۵).

آمارها نشان می‌دهد که در ایالات متحده‌ی آمریکا میزان سزارین در اوایل دهه‌ی ۱۹۷۰ حدود ۵ تا ۶ درصد بوده و در سال ۲۰۰۵ به حدود ۳۰ درصد رسیده است. آمار در بعضی کشورهای در حال توسعه بیش از این مقدار و حتی در برخی موارد (در بیمارستان‌های خصوصی) تا ۹۰ درصد نیز اعلام شده است.

به طور متوسط در سطح جهان چیزی بین ۳۰-۱۰ درصد از زایمان‌ها به صورت سزارین انجام می‌شود (۱۹-۱۶، ۱۰، ۹، ۴-۲) و این در حالی است که در کشور ما در حال حاضر، چیزی بین ۶۵-۵۰ درصد از زایمان‌ها به صورت سزارین بوده و از این میزان ۹۰ درصد در شهرها و بیمارستان‌های خصوصی انجام می‌شود. برخی آمارها نشان می‌دهند میزان سزارین در بعضی بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران نزدیک به

۱۰۰ درصد است.

استان اصفهان نیز با داشتن حدود ۵۸/۲ درصد زایمان‌ها به صورت سزارین پس از تهران در جایگاه دوم قرار دارد (۲۲-۱۹، ۱۵)؛ در حالی که طبق آمار سازمان بهداشت جهانی نباید در هیچ منطقه‌ای از دنیا بیشتر از ۱۰ تا ۱۵ درصد باشد (۲۳، ۲).

برخی مطالعات نشان می‌دهد، چیزی حدود ۷۵ درصد از سزارین‌ها در کشور ما از این نوع و بدون وجود توصیه‌های پزشکی هستند (۱۹). عوامل متعددی در افزایش میزان سزارین دخالت می‌کنند که درخواست مستقیم مادر (۲۵، ۲۴، ۱۹)، سن بالای مادر، سابقه‌ی سزارین قبلی، حاملگی چندقلویی، قابل کنترل نبودن رویدادهای تولد، ترس از درد، زایمان نوزاد مرده و پارگی رحم از عوامل اصلی این افزایش می‌باشند (۳۰-۲۶، ۱۶، ۹).

همچنین مطالعات حاکی از آن است که عملکرد کارکنان بخش زایمان در افزایش ترس از زایمان طبیعی زنان و انتخاب زایمان سزارین نقش بسزایی دارد (۳۱، ۱۹).

آنچه در بسیاری از مطالعات به عنوان علل عمده‌ی افزایش سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی ذکر شده، عدم آگاهی و اطلاعات کافی و درست افراد از روند زایمان طبیعی و سزارین است که مدنظر بسیاری از پژوهشگران در این زمینه می‌باشد (۳۴-۳۲).

مطلب دیگری که طی چند دهه‌ی اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته و در مورد آن بحث می‌شود، مسأله‌ی اخلاق پزشکی است که دامنه‌ی آن به مباحث زنان و از جمله همین موضوع نحوه‌ی به دنیا آوردن نوزادان کشیده شده است (۲۸، ۱۹، ۱۶).

در مباحث مربوط به سزارین، رضایت آگاهانه از

۳ ماهه‌ی سوم حاملگی، مادران بستری در بخش زنان و زایمان به هر علت (چه برای وضع حمل و چه به علل دیگر) و نیز مادران زایمان کرده به هر روش (بستری در بخش) و معیار عدم ورود شامل عدم تمایل فرد برای شرکت در پژوهش و معیار خروج شامل پر نکردن پرسش‌نامه به صورت کامل بود.

ابتدا از طریق *Review literature* و مصاحبه با کارشناسان، پرسش‌نامه‌ای با ۳۰ سؤال طراحی شد و این پرسش‌نامه توسط کارشناسان از نظر اعتبار محتوا مورد بررسی قرار گرفت و تغییرات لازم در آن اعمال شد. سپس پرسش‌نامه‌های طراحی شده به صورت پایلوت در اختیار ۴۰ نفر از جمعیت نمونه قرار گرفت و با توجه به بازخورد فراهم شده از پرسش‌نامه‌ی پایلوت و با کمک کارشناسان، اعتبار آن تعیین گردید ($\text{Cronbach's alpha} = 0/75$) و تغییرات نهایی در پرسش‌نامه صورت گرفت. پرسش‌نامه‌ها بدون نام طراحی شدند. سؤالات پرسش‌نامه در ۵ زمینه‌ی معایب، منافع، هزینه‌ها، روش‌های جایگزین و نحوه و کیفیت ارائه‌ی مطالب مطرح شدند.

هر سؤال ۵ گزینه‌ی انتخابی داشت که فرد پاسخ دهنده فقط مجاز به انتخاب یکی از آن‌ها بود. هر گزینه دارای یک نمره‌ی مشخص به این شرح: کامل (۴ نمره)، نسبتاً کامل (۳ نمره)، کمی (۲ نمره)، خیلی کم (۱ نمره) و اصلاً (۰ نمره) بود. بنابراین حداکثر نمره ۱۲۰ و حداقل آن را صفر تشکیل می‌داد. نمرات در هر یک از زمینه‌های ۵ گانه جداگانه محاسبه گردید.

به منظور توزیع پرسش‌نامه‌ها، با هماهنگی و مشاوره‌ی مسؤول بخش زنان و زایمان هر بیمارستان و سرپرستاران بخش، تعدادی از پرستاران انتخاب شده و به هر یک از آن‌ها توضیحات کافی در مورد پژوهش،

اهمیت بیشتری برخوردار است و وظایف اصلی در این زمینه بر عهده‌ی پزشک می‌باشد که باید از ابتدای بارداری این فرایند را آغاز کند؛ به نحوی که در سه ماهه‌ی سوم مادر تمام اطلاعات لازم را دریافت کرده باشد (۱۶-۱۷).

بنابراین ضروری است که پزشکان متخصص زنان و مامایی به عنوان پزشک مسؤول، اطلاعات کافی و بدون جهت در مورد معایب و مزایای هر یک از شیوه‌های به دنیا آوردن نوزاد را در اختیار مادر قرار دهد تا علاوه بر رعایت اصول عمده‌ی اخلاق پزشکی، به مادر کمک کند تصمیمی که به نفع خود و جنینش باشد بگیرد (۱۵، ۱۹).

مطالعه‌ی حاضر، با هدف بررسی میزان رعایت رضایت آگاهانه و بررسی میزان اطلاعاتی است که پزشکان متخصص زنان و مامایی در زمینه‌ی مزایا و معایب شیوه‌های گوناگون به دنیا آوردن نوزاد در اختیار مادران باردار قرار می‌دهند، انجام شد.

روش‌ها

مطالعه‌ی توصیفی و مقطعی حاضر با هدف بررسی دیدگاه مادران باردار در مورد میزان رعایت اصل رضایت آگاهانه توسط متخصصان زنان و مامایی شهر اصفهان در انجام عمل جراحی سزارین بر روی ۴۰۰ مادر باردار پس از کسب اجازه از مسؤولین بیمارستان در ۴ نوع بیمارستان مشتمل بر بیمارستان خصوصی (بیمارستان‌های مهرگان و سپاهان)، بیمارستان دولتی دانشگاهی (بیمارستان‌های الزهرا و بهشتی)، بیمارستان دولتی غیر دانشگاهی (بیمارستان عسگریه) و بیمارستان تأمین اجتماعی (بیمارستان شریعتی) انجام گرفت. معیارهای ورود شامل کلیه‌ی مادران باردار در

میانگین نمرات رضایت آگاهانه بر اساس اطلاعاتی که پزشک آن‌ها در مورد عوارض و منافع سزارین، عوارض و منافع زایمان طبیعی، هزینه‌های مربوط و روش‌های جایگزین و نحوه و کیفیت ارائه‌ی اطلاعات داده است در جدول ۲ آمده است.

جدول ۱. فراوانی نسبی خصوصیات دموگرافیک جمعیت شرکت کننده در مطالعه

متغیر	زیر گروه‌ها	درصد
سن	زیر ۲۰ سال	۱۰
	۲۰-۳۰ سال	۶۵/۳
	۳۰-۴۰ سال	۲۱/۹
تعداد بارداری	بالای ۴۰ سال	۲/۷
	۱ مرتبه	۴۵/۶
	۲ مرتبه	۳۶
تحصیلات	۳ مرتبه	۱۳/۵
	بیش از ۳ مرتبه	۴/۸
	زیر دیپلم	۲۸
نوع بیمارستان مورد مراجعه	دیپلم	۴۳/۷
	لیسانس	۲۵/۵
	فوق لیسانس یا بالاتر	۲/۷
درآمد خانوار در ماه (تومان)	خصوصی	۴۲/۵
	دولتی دانشگاهی	۳۰/۴
	دولتی غیر دانشگاهی	۷/۶
شغل مادران	تأمین اجتماعی	۱۹/۵
	کمتر از ۵۰۰ هزار	۷۸/۴
	بین ۵۰۰ هزار تا ۲ میلیون	۱۸/۴
مراجعه به مطب خصوصی	بیش از ۲ میلیون	۳/۲
	خانه‌دار	۷۵/۶
	کارمند	۱۳/۶
جنس پزشک معالج	خویش فرما	۱۰/۹
	بلی	۵۸/۷۹
	خیر	۴۱/۲۱
مرد	زن	۸۱/۴
		۱۸/۶

موضوع آن، چگونگی انجام آن و نقش پرستاران در توزیع و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها داده شد.

نحوه‌ی توزیع و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها ماهانه انجام می‌گرفت. در آغاز هر ماه، تعدادی پرسش‌نامه بر اساس میزان مراجعه‌ی نسبی مادران باردار به هر بیمارستان در اختیار پرستاران قرار می‌گرفت. پرستاران ابتدا در مورد پژوهش، پرسش‌نامه و چگونگی پر کردن آن برای هر یک از مادران واجد شرایط پژوهش توضیح داده و در صورت ابراز رضایت فرد، پرسش‌نامه را در اختیار او قرار می‌دادند. در صورتی که مادر از سواد کافی برای پر کردن پرسش‌نامه برخوردار بود خودش آن را پر می‌کرد، ولی در صورتی که مادر از سواد کافی برای پر کردن پرسش‌نامه برخوردار نبود، پرستاران پر کردن پرسش‌نامه را برای مادر انجام می‌دادند.

پس از جمع‌آوری کلیه‌ی پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (SPSS Inc., Chicago, IL) و با استفاده از آمارهای توصیفی (میانگین و فراوانی) و آزمون‌های تحلیلی χ^2 ، Kruskal-Wallis و Mann-Witney مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

مطالعه‌ی توصیفی و مقطعی حاضر بر روی ۴۸۲ نفر مادر بارداری که در ۳ ماهه‌ی سوم حاملگی بودند و به هر علتی (چه برای وضع حمل و چه به علل دیگر) در بخش زنان و زایمان تعداد مشخصی از بیمارستان‌های خصوصی، دولتی دانشگاهی، دولتی غیر دانشگاهی و تأمین اجتماعی بستری بودند، صورت گرفت.

میانگین کل اطلاعات ارائه شده برابر ۱/۰۶ ($SD = ۰/۹۳$) بود. خصوصیات دموگرافیک مادران باردار شرکت کننده در پژوهش، در جدول ۱ آمده است.

جدول ۲. میانگین نمرات ارائه‌ی اطلاعات توسط پزشکان در مورد ابعاد مختلف

میانگین	انحراف معیار	میان	حداکثر	حداقل	
۰/۸۲	۰/۶۶	۰/۳۶	۴	۰	عوارض سزارین
۱/۲۹	۱/۰	۱/۱۷	۴	۰	منافع سزارین
۰/۸۵	۰/۷۱	۰/۵	۴	۰	عوارض زایمان طبیعی
۱/۳۴	۱/۰	۱/۲۵	۴	۰	منافع زایمان طبیعی
۲/۲۹	۱/۳	۳	۴	۰	هزینه‌ها
۰/۹۵	۰/۷۹	۱	۴	۰	روش‌های جایگزین
۱/۲۱	۱/۱۴	۱	۴	۰	نحوه و کیفیت ارائه‌ی اطلاعات
۱/۰۶	۰/۹۳	۰/۸۳	۴	۰	میانگین کل
۳۱/۹	۲۷/۹	۲۵	۱۲۰	۰	نمره کل

جدول ۴. نمره‌ی رضایت آگاهانه (Informed consent) بر

اساس تعداد بارداری

تعداد زایمان	میانگین	انحراف معیار	P
۱	۱/۲۱	۰/۰۷	
۲	۰/۸۹	۰/۰۶	۰/۰۲۳
۳	۰/۹۹	۰/۱۲	
> ۳	۰/۸۵	۰/۲۲	

طبق آزمون Kruskal-Wallis بین سطح تحصیلات و نمره‌ی رضایت آگاهانه‌ی مادران رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که رضایت آگاهانه بیشتر با سطح تحصیلات بالاتر رابطه‌ی معنی‌دار داشت ($P < ۰/۰۰۱$). طبق آزمون Mann-Whitney نمره‌ی رضایت فقط بین سطح تحصیلات فوق لیسانس و لیسانس معنی‌دار نبود (جدول ۵).

جدول ۵. نمره‌ی رضایت آگاهانه (Informed consent) بر

اساس سطح تحصیلات مادران

سطح تحصیلات مادران	میانگین	انحراف معیار	P
زیر دیپلم	۰/۵۰	۰/۰۴	
دیپلم	۰/۹۸	۰/۰۶	< ۰/۰۰۱
لیسانس	۱/۶۸	۰/۰۹	
فوق لیسانس و بالاتر	۱/۸۶	۰/۲۲	

با توجه به توزیع غیر طبیعی این متغیر، از آزمون غیر پارامتریک استفاده شد. طبق آزمون Kruskal-Wallis بین گروه‌های سنی در نمره‌ی رضایت مادران تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P = ۰/۰۴۵$). گرچه رضایت آگاهانه‌ی مادران در گستره‌ی سنی ۲۰ تا ۳۰ سال نسبت به سایر طیف‌های سنی بیشتر بود، اما طبق آزمون Mann-Witney تفاوت فقط با گستره‌ی سنی کمتر از ۲۰ سال معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۰۸$) (جدول ۳).

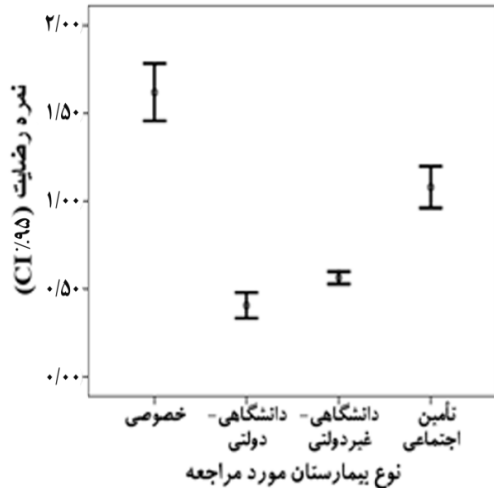
طبق آزمون Kruskal-Wallis بین گروه‌های سنی در نمره‌ی رضایت آگاهانه‌ی مادران تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P = ۰/۰۲۳$). گرچه رضایت آگاهانه‌ی مادران با حاملگی اول نسبت به سایر گروه‌ها بیشتر بود، طبق آزمون Mann-Witney این تفاوت فقط با مادران با دو بار حاملگی معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۰۹$) (جدول ۴).

جدول ۳. نمره‌ی رضایت آگاهانه (Informed consent) بر

اساس سن مادران

سن (سال)	میانگین	SE	P
< ۲۰	۰/۶۲	۰/۰۵	
۲۰ تا ۳۰	۱/۱۴	۰/۰۶	۰/۰۴۵
۳۰ تا ۴۰	۰/۹۹	۰/۰۷	
> ۴۰	۰/۷۹	۰/۱۲	

بیمارستان‌های دانشگاهی-دولتی بود ($P < 0/001$) (شکل ۱).



شکل ۱. نمره رضایت آگاهانه (Informed consent) بر اساس نوع بیمارستان مورد مراجعه

طبق آزمون Kruskal-Wallis نمره رضایت آگاهانه‌ی مادران در شغل‌های مختلف متفاوت بود ($P < 0/001$)؛ به طوری که نمره رضایت آگاهانه در زنان کارمند نسبت به زنان خانه‌دار ($P < 0/001$) یا خویش فرما به طور معنی‌داری بیشتر بود ($P = 0/002$) (جدول ۶).

طبق آزمون Kruskal-Wallis نمره رضایت آگاهانه در مادران با میزان درآمد "۵۰۰ هزار تومان تا دو میلیون تومان در ماه" و "بیشتر از دو میلیون تومان در ماه" نسبت به میزان درآمد "کمتر از ۵۰۰ هزار تومان در ماه" به طور معنی‌داری بیشتر بود ($P < 0/001$)، اما طبق آزمون Mann-Whitney بین دو گروه با میزان درآمد "۵۰۰ هزار تومان تا دو میلیون تومان در ماه" و "بیشتر از دو میلیون تومان در ماه" تفاوتی نبود ($P = 0/676$) (جدول ۷).

میانگین نمره رضایت آگاهانه (Informed consent) بر اساس جنسیت پزشک معالج

در مادران بارداری که پزشک معالجشان زن بود برابر $1/13$ ($SD = 0/97$) و در کسانی که پزشک معالجشان مرد بود برابر $0/68$ ($SD = 0/38$) به دست آمد ($P = 0/005$). طبق آزمون Mann-Whitney نمره رضایت در مادرانی که پزشک معالج آن‌ها زن بود بیشتر بود ($P = 0/005$).

نمره رضایت آگاهانه (Informed consent) بر اساس مراجعه یا عدم مراجعه به مطب خصوصی:

برای مراجعه کنندگان به مطب خصوصی $1/35$ ($SD = 0/06$) و برای کسانی که به مطب خصوصی مراجعه نکرده بودند، $0/68$ ($SD = 0/03$) به دست آمد ($P < 0/001$). طبق آزمون Mann-Whitney نمره رضایت مادرانی که به مطب خصوصی مراجعه کرده بودند به طور معنی‌داری بیشتر بود ($P < 0/001$).

طبق آزمون Kruskal-Wallis نمره رضایت آگاهانه در مادران مراجعه کننده به بیمارستان‌های مختلف متفاوت بود ($P < 0/001$).

طبق آزمون Mann-Whitney نمره رضایت آگاهانه‌ی مادران مراجعه کننده به بیمارستان خصوصی بیشتر از مادران مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاهی دولتی و دانشگاهی غیر دولتی ($P < 0/001$) و تأمین اجتماعی بود ($P = 0/004$).

نمره رضایت آگاهانه‌ی مادران مراجعه کننده به بیمارستان‌های تأمین اجتماعی بیشتر از مادران مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاهی دولتی و دانشگاهی غیر دولتی ($P < 0/001$) بود و نمره رضایت آگاهانه‌ی مادران مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاهی غیر دولتی بیشتر از مادران مراجعه کننده به

میزان ارائه‌ی اطلاعات در مورد فاکتور رضایت آگاهانه بر حسب نوع بیمارستان‌ها به نحو کاملاً معنی‌داری متفاوت است که کمترین میزان اطلاعات ارائه شده در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی (۰/۴ از ۴) و بعد از آن بیمارستان‌های دولتی غیر دانشگاهی است (۰/۵۶ از ۴).

شاید ۳ علت عمده در این مورد وجود دارد که مهم‌ترین آن‌ها درمان به سبک پدرسالارانه (Paternal) در این نوع بیمارستان‌ها است. شیوه‌ی درمان پدرسالارانه که در آن پزشک به جای بیمار همه‌ی تصمیمات را اتخاذ می‌کند، هنوز در کشور ما و بیمارستان‌های دانشگاهی یکی از روش‌های رایج درمان است؛ به نحوی که کادر درمانی (حتی در مواردی که نیاز به اخذ رضایت قانونی وجود دارد) تمایل کمی جهت ارائه‌ی اطلاعات از خود نشان می‌دهند و خود به جای بیمار تصمیم می‌گیرند.

علت دومی که به ذهن می‌رسد سطح اجتماعی، تحصیلی و اقتصادی پایین مراجعین به بیمارستان‌های دولتی (در مقایسه با انواع بیمارستان) می‌باشد. این موضوع به صورت دو گانه هم باعث می‌شود بیمار کمتر به دنبال کسب اطلاعات باشد (حتی شاید از این حق خود اطلاع نداشته باشد)، هم کادر درمانی تمایل کمتری برای ارائه‌ی اطلاعات از خود نشان دهند. سومین علت این است که درصد بالایی از بیمارانی که به بیمارستان‌های دولتی مراجعه می‌کنند، در شرایط اورژانس (کیسه‌ی آب پاره شده، کاهش حرکت جنین، خونریزی و...) هستند و فرصت کافی برای ارائه‌ی اطلاعات وجود ندارد.

بیمارستان‌های تأمین اجتماعی در رتبه‌ی دوم قرار دارند (۱/۰۷ از ۴)، که با توجه به شباهت دموگرافیک

جدول ۶. نمره‌ی رضایت آگاهانه (Informed consent) بر

اساس شغل مادران			
شغل مادران	میانگین	انحراف معیار	P
خانه‌دار	۰/۹۸	۰/۰۵	
کارمند	۱/۴۷	۰/۱۲	< ۰/۰۰۱
خویش فرما	۰/۹۶	۰/۱۰	

جدول ۷. نمره‌ی رضایت آگاهانه (Informed consent) بر

اساس میزان درآمد ماهانه			
میزان درآمد ماهانه (هزار تومان)	میانگین	انحراف معیار	P
کمتر از ۵۰۰ هزار	۰/۸۲	۰/۰۴	
۵۰۰ هزار تا دو میلیون	۱/۷۱	۰/۱۱	< ۰/۰۰۱
بیشتر از دو میلیون	۱/۶	۰/۱۷	

بحث

میانگین کل اطلاعات ارائه شده (۱/۰۶ از ۴) نشان داد که سطح اطلاعات از جانب کادر درمانی بسیار پایین و در حد غیر قابل قبول بود. این میزان پایین ارائه اطلاعات می‌تواند باعث تشدید تمایل بی‌رویه‌ی مادران باردار به انجام عمل سزارین شود؛ چرا که مادران به جای برخورداری از اطلاعات علمی، بر اساس شنیده‌ها-اطلاعات عامیانه‌ی غلط و حتی تجربیات دیگران اقدام به تصمیم‌گیری می‌کنند (۳۴، ۲۶، ۲۰، ۱۱، ۷).

نتیجه‌ی به دست آمده از این تحقیق، شباهت زیادی با پژوهش انجام شده در سال ۱۳۸۴ در شهر تهران دارد. (میانگین اطلاعات در آن تحقیق ۲۷/۶ درصد بود) (۱۵).

با توجه به شباهت نسبی جمعیت‌هایی که در این دو پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند، این گونه نتیجه‌گیری می‌توان کرد که ارائه‌ی اطلاعات لازم به مادران باردار توسط کادر درمانی -که جزء حقوق اساسی وی می‌باشد- هنوز هم مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرد.

بیماران این بیمارستان‌ها با بیمارستان‌های دولتی، اطلاع‌رسانی بهتر در درمانگاه‌های تأمین اجتماعی در مقایسه با دولتی علت اصلی تفاوت است.

بیشترین اطلاعات ارائه شده در مورد فاکتورهای رضایت آگاهانه در بیمارستان‌های خصوصی بود (۱/۶۱ از ۴) که شاید علت آن بیشتر به خاطر مراجعه این بیماران به صورت طولانی مدت به مطب‌های خصوصی پزشکان باشد (به طور تقریبی تمام مادران بارداری که در بیمارستان‌های خصوصی بستری بودند از مطب پزشکان ارجاع شده بودند)، بنابراین فرصت بیشتری جهت دریافت اطلاعات داشتند.

علت‌های دیگر بالاتر بودن سطح اجتماعی، سواد و اقتصادی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های خصوصی است (۳) که هم خود بیشتر به دنبال کسب اطلاعات هستند (به علت آشنایی بیشتر با حقوق خود) و هم کادر درمانی تمایل بیشتری جهت ارائه آموزش از خود نشان می‌دهند. هر چند در این جا نیز میزان اطلاعات ارائه شده با مقدار مطلوب فاصله دارد.

در مقایسه‌ی مادران بارداری که در طول دوران بارداری به مطب خصوصی مراجعه کرده بودند و آن‌هایی که نکرده بودند، برتری به نحو معنی‌داری با مراجعه کنندگان به مطب خصوصی بود. علت را می‌توان در داشتن فرصت بیشتر جهت آموزش فاکتورهای مربوط به رضایت آگاهانه، بالاتر بودن نسبی سطح اجتماعی-تحصیلی و اقتصادی بیماران، انتظار بیشتر این دسته از مادران باردار با توجه به هزینه‌ای که پرداخت می‌کنند، در جهت دریافت اطلاعات و در مقابل تمایل بیشتر پزشک معالج به ارائه‌ی اطلاعات جست و جو کرد.

نکته‌ی مهم تفاوت معنی‌داری است که در میزان اطلاعات ارائه شده در مطب خصوصی بین پزشکان مرد و زن وجود دارد (۱/۱۳) پزشکان زن در مقابل ۰/۶۸ پزشکان مرد). در این مورد نیاز به بررسی‌های بیشتر وجود دارد؛ چرا که چنین پژوهشی در مقالات داخل کشور انجام نشده است و با توجه به وضعیت خاص پذیرش متخصصان زنان مرد در کشور، آمار ما با سایر کشورها قابل مقایسه نیست.

تنها علت منطقی که در حال حاضر وجود دارد این است که شاید گروهی از متخصصان مرد زنان و زایمان، کمتر از متخصصان زن هم رشته‌ی خود به اخذ رضایت آگاهانه (که طی سال‌های اخیر مورد توجه مجامع علمی قرار گرفته است) می‌پردازند که علت این رویداد ممکن است عدم اعتقاد پزشک به فلسفه‌ی اخذ رضایت آگاهانه، عدم اطلاع پزشک از اهمیت این موضوع و یا مسأله‌ی دیگری باشد.

در مقایسه‌ی میزان اطلاعات داده شده به مادران باردار بر اساس سطح تحصیلات مادران، شغل مادران و میزان درآمد خانواده‌ها، به صورت کلی افراد در سطوح بالاتر تحصیلی-اجتماعی و اقتصادی اطلاعات بیشتری در مورد فاکتورهای مربوط به رضایت آگاهانه دریافت کرده بودند؛ به طوری که افرادی که سطح تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر داشتند یا از لحاظ شغلی، کارمندان و از لحاظ سطح درآمد افرادی که بیش از ۵۰۰ هزار تومان در ماه درآمد داشتند، به صورت معنی‌داری بیش از سایر گروه‌ها اطلاعات دریافت کردند. این موضوع ممکن است به ۲ علت باشد: نخست این که افراد با سطوح بالاتر تحصیلی-اجتماعی و اقتصادی بیشتر به دنبال کسب اطلاعات در مورد وضعیتشان هستند و علاقه دارند در تصمیم‌گیری‌ها

دخالت داشته باشند (۳۴).

پزشکان نیز به علت آسان‌تر بودن انتقال اطلاعات علمی و سطح توقع بالاتر این افراد، تمایل بیشتری برای ارائه‌ی اطلاعات دقیق‌تر به این گروه دارند. به علاوه درک این دسته از بیماران از صحبت‌های پزشک معالیشان بهتر و کامل‌تر است. دوم این که حضور بیشتر زنان در جامعه، داشتن ارتباطات اجتماعی بیشتر، سطح مطالعات بالاتر و استفاده‌ی بیشتر افراد از منابع اطلاعاتی مستقل از کادر درمانی (مثل کتاب، روزنامه، اینترنت و ...) می‌تواند باعث افزایش آگاهی مادران باردار به حقوق خود شود (۱۵).

پژوهش صورت گرفته در مورد اشتغال مادران، نتیجه‌ی مشابهی با تحقیق حاضر دارد، ولی در زمینه‌ی سطح تحصیلات، به شکل متناقضی با این تحقیق متفاوت است. به نحوی که صرف نظر از افراد بی‌سواد، افراد دارای مدرک فوق لیسانس پایین‌ترین میزان اطلاعات را داشتند؛ به گونه‌ای که نویسندگان آن مقاله از این نتیجه ابراز شگفتی کرده‌اند و آن را به سوگیری اطلاعات از طرف پزشکان و ترس قشر مرفه از درد زایمان طبیعی مربوط دانسته‌اند (۱۵).

تمایل بیشتر اقبال با سطوح بالاتر تحصیلی - اجتماعی و اقتصادی برای انجام سزارین در برخی دیگر از مقالات نیز مورد توجه قرار گرفته است (۳۴، ۲۰). بنابراین این موضوع در تحقیقات آینده باید دوباره مورد بررسی قرار گیرد.

در مقایسه‌ی میزان اطلاعات داده شده به مادران باردار در مورد فاکتورهای مربوط به رضایت آگاهانه بر اساس تعداد بارداری، نتایج نشان داد که بیشترین میزان اطلاعات به مادران با حاملگی اول داده شده است که از لحاظ آماری فقط از افراد با ۲ بار حاملگی

به شکل معنی‌داری بیشتر است، ولی در مقایسه با سایر گروه‌ها (۳ و بیش از ۳ حاملگی) این اختلاف معنی‌دار نیست. بنابراین به نظر می‌رسد هم پزشکان و هم مادران باردار به حاملگی اول توجه بیشتری دارند و این توجه دو طرفه باعث می‌شود مادران در بارداری اول اطلاعات بیشتری دریافت کنند.

به نظر می‌رسد یک عامل مهم دیگر این است که بسیاری از مادرانی که سابقه‌ی بارداری قبلی دارند به علل پزشکی (مثل سزارین قبلی، جراحی‌های قبلی و چسبندگی احشاء) امکان انجام زایمان طبیعی ندارند و پزشکان، دیگر خود را ملزم به دادن اطلاعات کامل به این گروه نمی‌بینند و با توجه به وجود توجیه علمی، سزارین را برای آن‌ها در نظر می‌گیرند.

نتایج پژوهش دیگری عکس این نتایج را نشان داد؛ به طوری که میزان اطلاعات افراد با بیش از ۱ بارداری در آن تحقیق بیشتر بوده است که علت آن را سابقه‌ی بارداری‌های بیشتر می‌دانند (۱۵). پس این موضوع نیز نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد.

مقایسه‌ی میزان اطلاعات ارائه شده به مادران با توجه به سن مادران نشان می‌دهد که بیشترین میزان اطلاعات داده شده مربوط به گروه سنی ۲۰-۳۰ سال و کمترین میزان اطلاعات مربوط به گروه سنی زیر ۲۰ سال بود (چرا که این گروه علاوه بر عدم بلوغ کافی ذهنی جهت ادراه‌ی بارداری خود، به طور معمول از قشرهای پایین تحصیلی-اقتصادی و اجتماعی هستند و این موضوع باعث کاهش دریافت اطلاعات به علت عدم آگاهی از حقوقشان می‌شود) که این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود.

در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال، برخورداری نسبی از بلوغ ذهنی کافی برای مدیریت مناسب بارداری و کسب

اطلاعات کافی (در مقایسه با گروه سنی زیر ۲۰ سال)، تعداد بیشتر اولین بارداری‌ها و استفاده‌ی بیشتر از منابع اطلاعاتی جانبی باعث شده است میزان اطلاعات دریافتی آن‌ها بیشتر باشد. در تحقیقی مشابه نیز همین نتیجه به دست آمد (۱۵).

با نگاه کردن به ۷ فاکتور اصلی مربوط به رضایت آگاهانه در مادران باردار، یعنی: عوارض سزارین، عوارض زایمان طبیعی، منافع سزارین، منافع زایمان طبیعی، هزینه‌های مربوط، شیوه‌های جایگزین و نحوه و کیفیت ارائه‌ی اطلاعات توسط پزشک، این نکته به دست می‌آید که بالاترین میانگین مربوط به اطلاعات ارائه شده در مورد هزینه‌ها است (۲/۲۹ از ۴). این مسأله با توجه به ارتباط مالی مستقیم پزشک و بیمار و نیاز به شفاف بودن هزینه‌ها، قابل پیش‌بینی بود و حتی میانگین به دست آمده، بدون در نظر گرفتن بیمارستان‌های دولتی (که بیمار به طور معمول تا زمان ترخیص از هزینه‌ها بی‌اطلاع است) به میزان قابل توجهی افزایش خواهد یافت.

در مورد میانگین اطلاعات داده شده برای عوارض و منافع سزارین و زایمان طبیعی مشخص شد که ارائه‌ی اطلاعات به نحو جهت‌داری به سمت منافع هر دو روش است و در مورد عوارض آن‌ها آموزش‌های به مراتب کمتری داده شده است.

به نظر می‌رسد که هر پزشک بر اساس اقدامی که به صلاح بیمارش می‌داند، فقط به ذکر منافع آن روش اکتفا می‌کند و در زمینه‌ی عوارض آن شیوه کمتر صحبت می‌کند. در پژوهش دیگری نیز مشابه همین نتایج به دست آمده است (۱۵).

در زمینه‌ی اطلاعات ارائه شده در مورد شیوه‌های جایگزین برای روش‌های معمول (از

جمله زایمان بدون درد) میانگین به دست آمده ۰/۹۵ بود. این عدد نشان دهنده‌ی عدم تمایل (و حتی شاید عدم آگاهی کافی) برخی از پزشکان متخصص زنان برای استفاده از شیوه‌های جدید به دنیا آوردن نوزاد می‌باشد؛ در حالی که به طور تقریبی تمام این شیوه‌ها در کشور ما قابل انجام است و استفاده از آن‌ها می‌تواند باعث افزایش تمایل مادران باردار برای انجام زایمان طبیعی شود (با توجه به کاهش درد که از مهم‌ترین دلایل تمایل به سزارین است) (۳۴، ۲۰، ۲). بنابراین برنامه‌ریزی جهت ترویج بیشتر این روش‌ها مفید می‌باشد.

در مورد نحوه و کیفیت ارائه‌ی مطالب توسط پزشک معالج، میانگین برابر ۱/۲۱ به دست آمد. اهمیت این فاکتور به حدی زیاد است که بر روی تمام فاکتورهای دیگر تأثیر می‌گذارد. بیشترین میزان اطلاعات داده شده با یک بیان بد و غیر قابل فهم در ذهن شنونده بی‌ارزش و فراموش شدنی و در مقابل ارائه‌ی اطلاعات محدود، ولی به زبان شیوا و قابل فهم بسیار تأثیرگذار است.

۲ مانع در این زمینه وجود دارد. یکی سطح تحصیلی و اجتماعی پایین بیمار که باعث می‌شود صحبت‌های پزشک را به خوبی درک نکند. حتی تفاوت لهجه و گویش بیمار و پزشک در ایجاد بد فهمی نقش دارد. البته در تمام این شرایط، پزشک معالج می‌تواند با صرف وقت بیشتر مشکل را رفع کند. دومین مانع مربوط به خود پزشک است که از آن جمله می‌توان به مواردی از قبیل: استفاده از لغات علمی به صورت ناخودآگاه، بار کاری زیاد و عدم صرف وقت کافی و ... اشاره کرد. این میانگین پایین نشان می‌دهد که بسیاری از تلاش‌هایی که پزشک معالج انجام داده،

بدون داشتن بازده به هدر رفته است.

کاهش جراحی‌های سزارین (بدون توصیه‌های پزشک) می‌تواند مؤثر واقع شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش انجام شده نشان داد، میزان اطلاعات ارائه شده در مورد فاکتورهای مربوط به رضایت آگاهانه در زنان باردار (عوارض سزارین، عوارض زایمان طبیعی، منافع سزارین، منافع زایمان طبیعی، هزینه‌های مربوط، شیوه‌های جایگزین و نحوه و کیفیت ارائه‌ی اطلاعات توسط پزشک) در سطح شهر اصفهان با مقادیر قابل قبول فاصله‌ی بسیاری دارد.

با توجه به نتایج به نسبت مشابه در پژوهش‌های انجام شده در سایر شهرهای بزرگ ایران، به نظر می‌رسد این شرایط حداقل در شهرهای بزرگ ما همه‌گیر باشد (۳۴، ۲۰، ۱۵، ۵). به علاوه با بررسی نتایج پژوهش‌های مشابه انجام شده مشخص می‌شود که طی این سال‌ها بهبودی در شرایط حاصل نشده است (۲۰، ۱۵).

توجه به این نکته ضروری است که در حال حاضر بخش زیادی از اعمال جراحی سزارین به درخواست خود مادر باردار انجام می‌شود، (که در بسیاری از مواقع بر پایه‌ی اعتقادات و تصورات غلط است) (۲۶، ۲۴، ۱۹، ۱۸، ۱۶، ۱۱، ۸، ۶-۴، ۲).

دادن اطلاعات کافی و بی‌طرفانه طی فرایند اخذ رضایت آگاهانه، می‌تواند با این پدیده‌ی مهم مقابله کند. می‌توان گفت حجم پایین اطلاعات داده شده در مورد فاکتورهای رضایت آگاهانه که بعضی جهت‌گیری نیز دارند، شاید یکی از علل رشد بی‌رویه‌ی انجام عمل جراحی سزارین در کشور ما باشد. بنابراین گنجاندن فرآیند اخذ رضایت آگاهانه در مسیر بارداری، جهت

نکته‌ی قابل تأمل این است که پایین بودن میزان اخذ رضایت آگاهانه از بیماران به نظر یک روند حاکم در کل جامعه‌ی پزشکی است، نه این که مختص پزشکان زنان و زایمان باشد.

در صورت صحیح بودن این ادعا، باید به دنبال راه کارهایی که کل جامعه‌ی پزشکی را شامل شود، بود که نیاز به دخالت سازمان‌های قانون‌گذار، سازمان‌های بیمه‌گر، دانشگاه‌های علوم پزشکی و ... دارد.

محدودیت‌ها

۱- همکاری کمتر پزشکان بخش خصوصی مهم‌ترین محدودیت این تحقیق بود. بسیاری از پزشکان بخش خصوصی تمایلی جهت ارائه‌ی پرسش‌نامه به بیماران خود را نداشتند. این موضوع باعث طولانی شدن مدت پژوهش جهت فراهم آمدن تعداد نمونه‌ی مورد نظر شد و تا حدودی از تنوع نمونه‌ها کاست.

۲- با توجه به روش نمونه‌گیری در این پژوهش (غیر تصادفی آسان)، امکان دارد نتایج آن قابل تعمیم به سایر جمعیت‌ها به خصوص شهرهای کوچک نباشد.

تشکر و قدردانی

در پایان از زحمات سرکار خانم شارق و سایر پرستاران و ماماها‌ی بیمارستان‌های الزهراء اصفهان، بهشتی، مهرگان، سپاهان، عسگریه و دکتر شریعتی کمال قدردانی و سپاس را داریم.

References

- Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006; 367(9525): 1819-29.
- Jamshidi Manesh M, Haghdoost Oskouei SF, Jouybary L, Sanagoo A. The process of women's decision making for selection of cesarean delivery. *Iran J Nurs* 2008; 21(56): 55-67.
- Mostafazadeh F, Mashoufi M, Rostamnegad M. Attitude of Pregnant Women and Health Personnel toward Normal Delivery Vs Cesarean Section. *J Ardabil Univ Med Sci* 2007; 6(4): 403-8.
- Minkoff H. The ethics of cesarean section by choice. *Semin Perinatol* 2006; 30(5): 309-12.
- Rahimikian F, Mirmohamadali M, Mehran A, Aboozari K, Salmaani Barough N. Effect of education designed based on health belief model on choosing delivery mode. *Hayat* 2008; 14(3-4): 25-32.
- Sharifi-Rad Gh, Fathi Z, Tirani M, Mahaky B. Evaluation of vaginal delivery and cesarean in pregnant women base on behavioral intention model. *J Ilam Univ Med Sci* 2007; 15(1): 21-3.
- Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? *Am J Perinatol* 2012; 29(1): 7-18.
- Lee YM, D'Alton ME. Cesarean delivery on maternal request: the impact on mother and newborn. *Clin Perinatol* 2008; 35(3): 505-18, x.
- Piquette-Miller M, Jamali F. Selective effect of adjuvant arthritis on the disposition of propranolol enantiomers in rats detected using a stereospecific HPLC assay. *Pharm Res* 1993; 10(2): 294-9.
- Duckworth S. Should maternal choice be an indication for caesarean section? *Int J Surg* 2008; 6(4): 277-80.
- Miesnik SR, Reale BJ. A review of issues surrounding medically elective cesarean delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007; 36(6): 605-15.
- Penna L, Arulkumaran S. Cesarean section for non-medical reasons. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 82(3): 399-409
- David H, Norman J. *Gynecology illustrated*. 5th ed. London: Churchill Livingstone Co; 2000.
- Malcolm S, Ian M. *Essential obstetrics and Gynecology*. 3th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Co; 1998
- 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): 78-69.
- Mohammadbeigi A, Mohammad Salehi N. Modeling of Associated Factors that Affect the Method of Pregnancy Termination. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2009; 12(1): 17-24.
- Arjomandi B, Farzin Moghadam S. Assessment of the Level of the Pregnant Womens Knowledge Towards the Advantages and Disadvantages of Normal Vaginal Delivery and Cesarean Section, Tehran (2005). *Razi J Med Sci* 2007; 14(55): 13-22
- Kalish RB, McCullough LB, Chervenak FA. Is non-directive counseling for patient choice cesarean delivery ethically justified? *J Perinat Med* 2007; 35(6): 478-80.
- Christilaw JE. Cesarean section by choice: constructing a reproductive rights framework for the debate. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 94(3): 262-8.
- Azizi M, Salari P. Ethical approach on cesarean delivery with maternal request. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2009; 2(2): 55-66.
- Tabandeh A, Kashani E. The incidence of cesarean section in women's medical education in Gorgan (2005) (short Brief). *J Gorgan Univ Med Sci* 2007; 9(2): 67-70.
- Moayyed Mohseni S, Mohammadi Kh. Anticipated increase in the cesarean. according to some current available data. *Daneshvar Med* 2006; 14(66): 59-62.
- Betran AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van LP, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007; 21(2): 98-113.
- Robson SJ, Tan WS, Adeyemi A, Dear KB. Estimating the rate of cesarean section by maternal request: anonymous survey of obstetricians in Australia. *Birth* 2009; 36(3): 208-12.
- Leonie P. Cesarean section on request for non-medical Indications. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 14(3): 220-3.
- Errol R Norwitz, Charles J Lockwood VAB. Cesarean delivery on maternal request. [Online]. 2009. Available from: URL: <http://www.uptodate.com/contents/cesarean-delivery-on-maternal-request>.
- Kingdon C, Neilson J, Singleton V, Gyte G, Hart A, Gabbay M, et al. Choice and birth method: mixed-method study of caesarean delivery for maternal request. *BJOG* 2009; 116(7): 886-95.
- Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Content of childbirth-related fear in Swedish women and

- men--analysis of an open-ended question. *J Midwifery Womens Health* 2006; 51(2): 112-8.
29. Kolas T, Hofoss D, Daltveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Hager R, et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(4): 864-70.
30. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre and post partum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy* 2001; 30(2): 75-84.
31. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* 2002; 29(2): 101-11.
32. Mehdizadeh A, Roosta F, Chaichian S, Alaghebandan R. Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Am J Perinatol* 2005; 22(1): 7-9.
33. Scott JR, Danforth DN. *Danforth's obstetrics and gynecology*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999.
34. Hajian S, Vakilian K, Shariati M, Ajami ME. Perspective of Pregnant Women, midwives, obstetrics and gynecology specialists and anesthetists to delivery: a qualitative study. *Payesh Health Monit* 2010; 10(1): 39-48.

Perspectives of Pregnant Women about Commitment of Obstetricians and Gynecologists to Informed Consent Principle Regarding Delivery Method, Isfahan, Iran

Ahmad Reza Zamani MD¹, Ziba Farajzadegan MD¹, Reza Sirous MD²

Abstract

Background: Natural vaginal delivery is usually considered as the best method of delivery. However, the rate of cesarean section has been increasing several times during recent decades. Nowadays, approximately 50-65% of deliveries in Iran are performed as cesarean section. This trend can be dealt with by providing correct information about the advantages and disadvantages of cesarean and vaginal delivery. The present study aimed to investigate the extent of information gynecologists provide to pregnant mothers about the advantages and disadvantages of various childbirth methods (informed consent factors).

Methods: This cross-sectional, descriptive study was conducted on 482 pregnant women at the third trimester of pregnancy who had been admitted in obstetrics and gynecology ward of a certain number of private hospitals, university hospitals, non-academic public hospitals, and hospitals affiliated to Social Security Organization for delivery or any other reason. Pregnant mothers were selected through convenient non-randomized method. The informed consent questionnaire consisted of 30 questions about disadvantages, advantages, costs, alternative methods, and the method and quality of presenting information to mothers. The data was analyzed by chi-square, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests in SPSS₁₆.

Findings: Mean total information presented to the pregnant women was 1.06 ± 0.93 out of 4. The presented information included complications of cesarean (0.82 ± 1.07), complications of natural vaginal delivery (0.85 ± 1.1), advantages of cesarean (1.29 ± 1.00), advantages of vaginal delivery (1.34 ± 1.00), costs (2.29 ± 1.30), and alternative deliveries (0.95 ± 1.10). Quality of information presentation was scored as 1.21 ± 1.14 .

Conclusion: The commitment of obstetricians and gynecologists to obtain informed consents from mothers was very low. In addition, it was associated with a particular bias in some cases. Thus, implementing developed and proper planning seems necessary to educate and promote awareness and knowledge of patients toward patient rights. On the other hand, the attention of physicians needs to be attracted toward concentrating more on patient rights.

Keywords: Cesarean section, Natural vaginal delivery, Informed consent

¹ Associate Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² General Practitioner, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Reza Sirous MD, Email: reza_sirous2005@yahoo.com