

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه الزهرا(س)

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد

رشته راهنمایی و مشاوره

عنوان:

تاثیر مشاوره پیش از زایمان به شیوه شناختی رفتاری بر قصد رفتار زنان نخست زای

متقاضی سزارین انتخابی بیمارستان نجمیه تهران

استاد راهنما :

طیبه زندی پور

فاطمه رحمتی

استاد مشاور:

نورالسادات کریمان

پژوهشگر:

طیبه اشراقی

مهرماه ۱۳۹۱

کلیه دستاورد های این تحقیق متعلق به دانشگاه الزهرا می باشد

اللَّهُمَّ أَخْرِجْنِي مِنْ ظُلُمَاتِ الْوَهْمِ وَ أَكْرِمْنِي بِنُورِ الْفَهْمِ
اللَّهُمَّ افْتَحْ عَلَيْنَا أَبْوَابَ رَحْمَتِكَ وَأَنْشُرْ عَلَيْنَا خَزَائِنَ عُلُومِكَ
بِرَحْمَتِكَ يَا أَرْحَمَ الرَّاحِمِينَ

خدایا مرا از تاریکی های وهم بیرون آور و به نور فهم گرامی ام بدار. خدایا
درهای رحمت را به روی ما بگشا و خزانه های علومت را بر ما باز کن. به
مهربانی ات ای مهربان ترین مهربانان.

شکر و سپاس خداوندی را که در مسیر پر فراز و نشیب پژوهش ، طبق وعده
صادق خود تاریکی های ذهن محقق تلاشگر را به نور علم و فهم، روشن می
سازد.

تقدیم

به امام العصر و الزمان که دیرزمانی است که از دیده ها غایب

است و جهان و جهانیان چندی است که بیقرار ظهور وی شده اند و در این

میان پژوهشگر منتظر، گره نقش بسته بر مسیر پژوهش اش را با ذکر

مقدس یاصاحب الزمان ادرکنی، می گشاید.

و تقدیم

به رهبری معظم حضرت آیت الله خامنه ای که پژوهشگر

ولایی به سبب اطاعت امرش مسیر پژوهش خود را طبق فرموده ایشان بر اساس

نیاز کشور عزیزمان ایران، تنظیم نموده و در این ره صادقانه تلاش می نماید.

تشکر و سپاس از پدر ارجمندم که علی رغم اینکه از نعمت سواد بی بهره بوده، لیک با تشویق

هایش میل به دانستن و فهمیدن را از ابتدای کودکی در جان فرزندش، تزریق نمود.

تشکر و سپاس از مادر مهربانم آنزمان که به دلیل صغر سن ضعیف بودم مرا چونان حامی مقتدر،

محکم در برگرفت و آن زمان که مرا از نظر جسمی، ذهنی و شخصیتی قوام یافته دید، بسان

آنکه رسالتش را انجام داده باشد، بی قرار به لقاء معبود شتافت و با عدم حضور خود

نیز، برگه زرینی از رشد را برای فرزندش، رقم زد.

تشکر و سپاس از خواهر بزرگوارم در فقدان حضور مادر نقش مادری گرفته و از خواهر

کوچکترش به زبان و عمل حمایت نمود و در این زمینه همسر محترمش و دو فرزند

عزیزش نعیم و ماهان را همراه خود نمود.

تشکر و سپاس از برادران عزیزم که احترام به خواهر کوچکتر را در رفتار و گفتار آنها به خوبی

مشهود است و در این زمینه، خانواده محترم خویش را همراه خود نموده اند.

تشکر و سپاس از همه دوستان و آشنایان وفادار و مخلص که به لطف خدا به دلیل کثرت

آنان، مجال بازگویی اسامی تک تک این عزیزان نمی باشد.

تشکر و قدردانی ویژه از استاد محترم خانم دکتر زندی پور آرزمان که وادی علمی خود را

تغییر داده بودم و سرگردان و درعین حال مشتاق به وادی مشاوره گام نهاده بودم، با روی گشاده

از این تغییر استقبال نموده و متواضعانه و مشتاقانه، قطره به قطره ذائقه ام را با مفاهیم اساسی

مشاوره آشنا نمود و در پایان نیز مرا به ترکیب و تعامل دانش مامایی و مشاوره

در قالب پایان نامه تشویق نمود.

تشکر و قدردانی ویژه از استاد محترم سرکار خانم نورالسادات کریمان، آرزمان که نگران

از درک مبانی اصلی پژوهش در رابطه با علم مامایی به ایشان مراجعه نمودم و ایشان طبق مرام

همیشگی خود متواضعانه و صبورانه سوالات مرا پاسخ گفتند و تا پایان پژوهش نیز

متعهدانه مرا یاری نمودند.

تشکر و قدردانی ویژه از استاد محترم خانم دکتر پور شهریاری اگرچه در جریان پژوهش

توفیق بهره گیری از هدایت های ایشان را نداشتم ولی از دانش آمار گرد اوری شده از مباحث

کلاسی ایشان در پایان نامه استفاده نمودم و در پایان نیز توفیق بهره گیری از ایشان به عنوان

داور محترم داخلی، را داشتم.

تشکر و قدر دانی ویژه از استاد محترم خانم دکتر رحمتی، آرزمان که به دنبال ترکیب

و تعامل معنادارتری از دانش مامایی و مشاوره بودم، مرا به وادی روانشناسی اجتماعی و

آموزش بهداشت رهنمون شدند.

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مشاوره پیش از زایمان به شیوه شناختی رفتاری بر تغییر قصد رفتار زنان باردار نخست زای متقاضی سزارین انتخابی در بیمارستان نجمیه تهران انجام شده است. روش پژوهش، شبه تجربی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری شامل کلیه زنان باردارنخست زای متقاضی سزارین انتخابی مراجعه کننده به بیمارستان نجمیه می باشد. ۲۰ نفر از زنان جامعه فوق از طریق نمونه گیری در دسترس شناسایی شده و به طور تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. و سپس مشاوره فردی به شیوه شناختی رفتاری به مدت ۶ جلسه در گروه آزمایش اجرا گردید. پرسش نامه انتخاب روش زایمان، که بر اساس مدل قصد رفتار، طراحی گردیده است به هنگام شروع و اتمام جلسات مشاوره، توسط دو گروه آزمایش و کنترل، تکمیل گردید. داده های جمع آوری شده از طریق آزمون t مستقل و t زوجی و نیز آزمون دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها، تفاوت معناداری را در متغیرهای آگاهی، نگرش، کنترل رفتار ادراک شده و قصد رفتار نشان داد. نتیجه پژوهش نشان داد مشاوره پیش از زایمان به شیوه شناختی رفتاری، بر تغییر قصد زنان باردار نخست زای متقاضی سزارین انتخابی، موثر بوده است.

کلمات کلیدی: مشاوره پیش از زایمان، شناختی رفتاری، قصد رفتار، سزارین انتخابی، زنان

نخست زای، بیمارستان نجمیه

فصل ۱

۲-۱- مقدمه.....	۲
۳-۱- بیان مسئله.....	۵
۴-۱- ضرورت تحقیق.....	۸
۵-۱- اهداف تحقیق.....	۹
۶-۱- فرضیات تحقیق.....	۱۰
۷-۱- تعریف مفهومی و عملیاتی واژگان تحقیق.....	۱۱

فصل ۲: مبانی نظری و ادبیات تحقیق

۲-۱- مقدمه.....	۱۴
۲-۲- زایمان طبیعی.....	۱۴
۲-۲-۱- مراحل زایمان.....	۱۵
۲-۲-۲- مکانیسم زایمان.....	۱۵
۲-۲-۳- درد زایمان.....	۱۶
۲-۲-۴- هورمون های موثر در زایمان.....	۱۶
۲-۲-۵- ترس از درد.....	۱۸
۲-۲-۶- روش های کاهش درد.....	۱۹
۲-۲-۷- مزایای زایمان طبیعی.....	۲۰

- ۲۱ ۳-۲ سزارین.....
- ۲۲ ۱-۳-۲ علل سزارین.....
- ۲۳ ۲-۳-۲ دلایل افزایش سزارین.....
- ۲۴ ۳-۳-۲ عوارض سزارین.....
- ۲۴ ۴-۳-۲ علل گرایش زنان به انتخاب سزارین.....
- ۲۶ ۴-۲ نگرش.....
- ۲۷ ۱-۴-۲ ویژگی نگرش.....
- ۲۷ ۲-۴-۲ اجزای نگرش.....
- ۲۸ ۳-۴-۲ نگرش مبتنی بر شناخت.....
- ۲۸ ۴-۴-۲ نگرش مبتنی بر عواطف.....
- ۲۹ ۵-۴-۲ نگرش مبتنی بر رفتار.....
- ۲۹ ۶-۴-۲ عوامل موثر بر ارتباط بین نگرش و رفتار.....
- ۳۰ ۷-۴-۲ نگرش ها چگونه رفتار را هدایت می کنند؟.....
- ۳۰ ۱-۷-۴-۲ نگرش مبتنی بر فکر معقول.....
- ۳۰ ۲-۷-۴-۲ مدل قصد رفتار.....
- ۳۱ ۳-۷-۴-۲ تئوری عمل منطقی.....
- ۳۳ ۴-۷-۴-۲ تئوری رفتار برنامه ریزی شده.....
- ۳۴ ۵-۲ مشاوره.....

- ۳۵ ۲ - ۶ - رویکرد شناختی رفتاری
- ۳۶ ۲ - ۶ - ۱ عوامل تشکیل دهنده مدل شناختی رفتاری
- ۳۷ ۲ - ۶ - ۲ مدل شناختی رفتاری
- ۳۷ ۲ - ۶ - ۳ آموزش روانی
- ۳۸ ۲ - ۶ - ۴ ویژگی مشترک رویکرد های شناختی درمانی
- ۳۸ ۲ - ۷ - ۱ تغییر رفتار شناختی
- ۳۹ ۲ - ۷ - ۱ فرایند سه مرحله ای تغییر
- ۳۹ ۲ - ۷ - ۲ آموزش ایمن سازی در مقابل استرس
- ۴۰ ۲ - ۸ - رویکرد شناختی درمانی
- ۴۱ ۲ - ۸ - ۱ سوگیری شناختی
- ۴۲ ۲ - ۸ - ۲ روش بررسی افکار خودکار
- ۴۳ ۲ - ۸ - ۳ رویکرد رفتاری، عقلانی، هیجانی
- ۴۴ ۲ - ۸ - ۴ مدل ABCD درباره آشفستگی هیجانی
- ۴۵ ۲ - ۹ - باید و اجبار های انعطاف ناپذیر
- ۴۵ ۲ - ۹ - ۱ باورهای انعطاف پذیر و معتدل
- ۴۶ ۲ - ۹ - ۲ فنون رویکرد رفتاری، عقلانی، هیجانی
- ۴۸ ۲ - ۱۰ - تحقیقات داخل کشور
- ۵۲ ۲ - ۱۱ - تحقیقات خارج کشور

فصل ۳

- ۳ - ۱ - جامعه و نمونه آماری ۵۸
- ۳ - ۲ - طرح پژوهش ۵۸
- ۳ - ۳ - ابزار تحقیق ۵۹
- ۳ - ۴ - روش اجرای تحقیق ۶۱
- ۳ - ۵ - روش اجرای جلسات ۶۲
- ۳ - ۶ - تحلیل داده ها ۶۲
- ۳ - ۷ - محتوی جلسات ۶۲

فصل ۴

- ۴ - ۱ - مقدمه ۶۷
- ۴ - ۱ - آمار توصیفی ۶۸
- ۴ - ۲ - تجزیه و تحلیل استنباطی داده ها ۸۳

فصل ۵

- ۵ - ۱ - بحث و نتیجه گیری ۱۰۸
- فهرست منابع ۱۱۵
- پیوست ۱۲۲

جدول شماره ۱ - ۴ : توزیع فراوانی و درصد سن آزمودنی ها بر اساس گروه آزمایش و کنترل.....	۶۸
جدول شماره ۲ - ۴ : توزیع فراوانی و درصد سن همسر آزمودنی ها بر اساس گروه آزمایش و کنترل.....	۶۹
جدول شماره ۳ - ۴ : توزیع فراوانی و درصد شغل آزمودنی ها بر اساس گروه آزمایش و کنترل.....	۶۹
جدول شماره ۴ - ۴ : توزیع فراوانی و درصد شغل همسر آزمودنی ها بر اساس گروه آزمایش و کنترل.....	۷۰
جدول شماره ۵ - ۴ : توزیع فراوانی و درصد تحصیلات آزمودنی ها بر اساس گروه آزمایش و کنترل.....	۷۰
جدول شماره ۶ - ۴ : توزیع درصد فراوانی سطح تحصیلات همسر آزمودنی ها بر اساس گروه آزمایش و کنترل.....	۷۱
جدول شماره ۷ - ۴ : توزیع فراوانی و درصد شاخص توده بدنی آزمودنی ها بر اساس گروه آزمایش و کنترل.....	۷۲
جدول شماره ۸ - ۴ : توزیع فراوانی و درصد سن حاملگی آزمودنی ها بر اساس گروه آزمایش و کنترل.....	۷۲
جدول شماره ۹ - ۴ : توزیع فراوانی و درصد مدت ازدواج آزمودنی ها بر اساس گروه آزمایش و کنترل.....	۷۳
جدول شماره ۱۰ - ۴ : توزیع فراوانی و درصد میزان افزایش وزن آزمودنی ها بر اساس گروه آزمایش و کنترل.....	۷۴
جدول شماره ۱۱ - ۴ : توزیع فراوانی و درصد سطح درآمد آزمودنی ها بر اساس گروه آزمایش و کنترل.....	۷۵
جدول شماره ۱۲ - ۴ : توزیع فراوانی و درصد قصد رفتار آزمودنی ها بر اساس گروه آزمایش و کنترل.....	۷۵
جدول شماره ۱۳ - ۴ : فراوانی و درصد علل گرایش به سزارین بر اساس گروه آزمایش و کنترل.....	۷۷
جدول شماره ۱۴ - ۴ : توزیع میانگین و انحراف استاندارد مولفه های مدل قصد رفتار در مرحله پیش آزمون بر اساس دو گروه کنترل و آزمایش	۷۸
جدول شماره ۱۵ - ۴ : توزیع میانگین و انحراف استاندارد مولفه های مدل قصد رفتار در مرحله پس آزمون بر اساس دو گروه کنترل و آزمایش.....	۷۹
جدول شماره ۱۶ - ۴(الف): توزیع فراوانی پاسخ سوالات مربوط به اعتقادات نرمی (هنجار انتزاعی).....	۸۰
جدول شماره ۱۶ - ۴(ب): توزیع فراوانی پاسخ سوالات مربوط به اعتقادات نرمی (هنجار انتزاعی).....	۸۰
جدول شماره ۱۶ - ۴(ج): توزیع فراوانی پاسخ سوالات مربوط به اعتقادات نرمی (هنجار انتزاعی).....	۸۱
جدول شماره ۱۷ - ۴(الف): توزیع فراوانی پاسخ سوال مربوط انگیزه برای اطاعت.....	۸۱
جدول شماره ۱۷ - ۴(ب): توزیع فراوانی پاسخ سوال مربوط به انگیزه برای اطاعت.....	۸۲
جدول شماره ۱۸ - ۴: آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس ها.....	۸۳
جدول شماره ۱۹ - ۴: نتایج به کارگیری آزمون کولومو گراف - اسمیرنوف.....	۸۴
جدول شماره ۲۰ - ۴: معناداری تفاوت میانگین های پیش آزمون نمرات مولفه های آگاهی، نگرش، کنترل رفتار درک شده بر حسب آزمون t مستقل.....	۸۵

جدول شماره ۲۱ - ۴: معناداری قصد رفتاری در دو گروه کنترل و آزمایش بر حسب آزمون دقیق فیشر..... ۸۶

جدول شماره ۲۲ - ۴: معناداری تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون نمرات آگاهی در گروه آزمایش بر حسب آزمون t زوجی..... ۸۷

جدول شماره ۲۳ - ۴: معناداری تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون نمرات آگاهی در گروه کنترل بر حسب آزمون t زوجی..... ۸۷

جدول شماره ۲۴ - ۴: معناداری تفاوت میانگین های افتراقی نمرات آگاهی بین دو گروه آزمایش و کنترل بر حسب آزمون t مستقل..... ۸۸

جدول شماره ۲۵ - ۴: معناداری تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون نمرات نگرش در گروه آزمایش بر حسب آزمون t زوجی..... ۸۹

جدول شماره ۲۶ - ۴: معناداری تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون نمرات نگرش در گروه کنترل بر حسب آزمون t زوجی..... ۸۹

جدول شماره ۲۷ - ۴: معناداری تفاوت میانگین های افتراقی نمرات نگرش بین دو گروه آزمایش و کنترل بر حسب آزمون t مستقل..... ۹۰

جدول شماره ۲۸ - ۴: معناداری تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون نمرات کنترل رفتار ادراک شده در گروه آزمایش بر حسب آزمون t زوجی..... ۹۱

جدول شماره ۲۹ - ۴: معناداری تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون نمرات کنترل رفتار ادراک شده در گروه کنترل بر حسب آزمون t زوجی..... ۹۱

جدول شماره ۳۰ - ۴: معناداری تفاوت میانگین های افتراقی نمرات کنترل ادراک شده بین دو گروه آزمایش و کنترل بر حسب آزمون t مستقل..... ۹۲

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه:

داستان زایمان سزارین و پیامد های آن از وقتی نادیده گرفته شد که اهالی بهداشت و درمان در گذشته های دور، تمامی دغدغه و تلاش خود را بر کاهش میزان مرگ و میر مادران باردار و نوزادان گذاشتند. زمانی که مادران به علل مختلف در حین زایمان، جان می باختند، برای کاهش میزان مرگ و میر های ناشی از زایمان طبیعی، سزارین به عنوان یک روش مناسب ترویج شد. اما پس از چندی این روش، صرفاً به منظور جلوگیری از مرگ مادران به کار گرفته نشد، بلکه تبعاتی داشت که یکی از آنها افزایش تصاعدی و خاموش سزارین انتخابی و غیر ضروری بود (تمدن ۱۳۸۹).

افزایش قابل توجه در میزان سزارین در سراسر جهان به عنوان یکی از معضلات سیستم بهداشتی شناخته شده است. سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که میزان سزارین در سال های اخیر به طور متوسط با افزایش ۱۵-۱۰ درصدی در همه کشور ها، همراه بوده است و این افزایش شیوع در همه کشورها به ویژه در کشورهای در حال توسعه با نگرانی های زیادی، همراه بوده است (مایلی و کی یرکمان^۱ ۲۰۰۸).

در ایران سرانه سزارین سه برابر بیش از نرخ جهانی است. طی پژوهشی که در سال ۱۳۸۰ در تهران صورت گرفته است، ۷۲ درصد سزارین انجام شده، سزارین انتخابی بوده است و ۲۲ درصد از آنها به مجرد درخواست مادران، صورت گرفته است. ۸۶٪ درصد آنها در بیمارستان خصوصی و ۱۴٪ درصد آنها در بیمارستان دولتی انجام شده بود و ۷۱٪ از مادران به دلیل ترس از زایمان، درخواست سزارین نموده اند و نخست زایمان بر افزایش درخواست سزارین از سوی مادران، موثر

^۱ Maylee and kirkman

بوده است. بنابراین متولیان بهداشت درصدد تغییر شرایط هستند. البته باید اذعان نمود این شرایط به راحتی تغییر پیدا نمی کند مگر آنکه اراده ملی و البته دلسوزانه دست به کار شود و زیر بنای بیش از سه دهه تفکرات غلط را شخم زند (تمدن، ۱۳۸۹ و علی محمدیان، ۱۳۸۲).

شهرت سزارین در جامعه، مقبولیت این امر در اطرافیان زن باردار، داشتن امکانات مادی برای پرداخت هزینه های جراحی، داشتن حق تصمیم، توانایی خود را سنجیدن، مزایا و معایب زایمان و سزارین را سبک و سنگین کردن، همگی شرایطی هستند که یک زن باردار با آنها مواجه می شود و در نهایت تصمیم خود را در خصوص انجام سزارین قطعی می سازد (جمشیدی منش و همکاران ۱۳۸۷).

تحقیقات مختلف نشان داده است که سزارین مانند هر عمل جراحی دیگر خطرات فراوان برای مادر و نوزاد دارد مهمترین عارضه آن، مرگ و میر زنان باردار می باشد که میزان آن در سزارین ۷ برابر زایمان طبیعی می باشد (زاهد پاشا و همکاران ۱۳۸۷، سعیدی و همکاران ۱۳۸۸، شرقی و همکاران ۱۳۸۹).

از آنجا که سزارین به عنوان یک رفتار بهداشتی در نظر گرفته می شود و از آنجا که الگوهای قصد رفتار در تغییر دیدگاه های افراد نسبت به رفتار بهداشتی موثر است، لذا می توان از مدل قصد رفتار جهت تغییر در خواست سزارین انتخابی استفاده نمود. مدل قصد رفتار اگرچه در بستر روانشناسی اجتماعی، شکل گرفته است اما در سایه تحقیقات انجام شده در آموزش بهداشت به عنوان یک مدل مهم بهداشتی نیز در نظر گرفته می شود (شهرکی و همکاران ۱۳۹۱، شرقی و همکاران ۱۳۸۹، شریفی زاد و همکاران ۱۳۸۶).

طبق نظریه رفتار برنامه ریزی شده زمانی که افراد فرصت کافی دارند تا درباره آنچه می خواهند انجام دهند، اندیشه کنند، بهترین پیش بینی کننده رفتار آنها قصد و نیت آنها می باشد. قصد و نیت افراد به وسیله سه عامل تعیین می گردد که شامل نگرش آنها نسبت به رفتار خاص، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتار ادراک شده می باشد (کریمی ۱۳۹۰).

در بررسی دیدگاه های زنان باردار با قصد سزارین انتخابی بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده، اکثر زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی، آگاهی، نگرش، و کنترل رفتار درک شده ضعیف تا متوسط داشته اند که این امر توجیه کننده قصد سزارین انتخابی در آنها می باشد. در این زمینه برخی تحقیقات عنوان نموده اند که می توان با طراحی مداخلاتی که عوامل آگاهی، نگرش، کنترل ادراک شده و هنجار انتزاعی را تحت تاثیر قرار دهد قصد سزارین زنان باردار را تغییر داد (شهرکی و همکاران ۱۳۹۱، فتحیان و همکاران ۱۳۸۶).

از طرف دیگر مداخلات دیگری نیز به منظور کاهش سزارین انتخابی صورت گرفته است که در آن از سایر رویکرد ها از جمله رویکرد شناختی رفتاری استفاده شده است. مدل شناختی رفتاری بر پایه این فرض استوار است افراد به خاطر دیگران و وقایع پیرامون، آشفته نمی شوند بلکه دیدگاه آن ها نسبت به دیگران یا وقایع باعث آشفتگی شان می شود (نینان و درایدن، ترجمه حمید پور ۱۳۸۸). با وجود پژوهش های مختلفی که در زمینه بکارگیری مدل قصد رفتار و نیز مدل شناختی، رفتاری بر درخواست سزارین زنان باردار صورت گرفته، تاکنون ترکیب تعاملی این دو مدل بر سزارین انتخابی مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین پژوهشگر هدف پژوهشی خود را تاثیر مشاوره پیش از زایمان به شیوه شناختی، رفتاری بر قصد رفتار زنان نخست زای متقاضی سزارین انتخابی قرار داد.

بیان مسئله:

مکانیسم انجام زایمان یک فرایند خود به خودی بوده و بدون نیاز به مداخله ساله‌های سال با سیر طبیعی خود انجام شده است. با پیشرفت علم و تکنولوژی، بشر به راه‌هایی دست یافت که با عمل جراحی در مواردی که جان مادر یا جنین در خطر باشد، به کمک آنها بشتابد. اما مدتی بعد، این روش که فقط برای استفاده در موارد اورژانس، ابداع شده بود، در بین جوامع شیوع یافت. امروزه نتایج بررسی‌های مختلف نشان می‌دهد که از یک طرف تمایل برای انجام سزارین در بین مادران، خانواده‌ها و حتی پزشکان فزونی یافته است و از طرف دیگر عواملی غیر از اندیکاسیون پزشکی، تعیین کننده روش زایمان است (شریفی و همکاران ۱۳۸۵، محمد پور اصل و همکاران ۱۳۸۷).

طبق آمار رسمی در ۵۰٪ از کشورها میزان سزارین کمتر از ۱۵٪ بوده و در ۵۰٪ کشورهای دیگر میزان تقریبی سزارین بالای ۱۵٪ بوده است (گیبونز^۱ و همکاران ۲۰۱۰). آمار به دست آمده از مراکز بهداشتی ملی ایالات متحده نشان می‌دهد که میزان شیوع سزارین از ۱۰/۴ درصد در سال ۱۹۷۵ به ۲۲/۷ درصد در سال ۱۹۹۰ رسیده و در سال ۲۰۰۷ به بالاترین میزان شیوع خود یعنی ۳۱/۸ درصد از کل زایمانها رسیده است (ولفی^۲ ۲۰۱۰).

آمار سزارین در ایران به شدت متناقض بوده است و در این خصوص عده‌ای میزان سزارین را ۲۵ تا ۳۵ درصد و عده‌ای دیگر میزان آن را ۳۵ تا ۴۵ درصد می‌دانند و آمارهای غیر رسمی نشان می‌دهد که ۷۵ تا ۸۰ سزارین‌هایی که در کشور انجام شده غیر ضروری و انتخابی بوده است که حتی در برخی از بیمارستانها این آمار به ۱۰۰ درصد نیز می‌رسد (تمدن ۱۳۸۹).

^۱ Gibbons

^۲ Wolfe

افزایش شیوع سزارین در حالی است که دلایل پزشکی، تنها ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد را برای انجام سزارین، موجه دانسته و سازمان بهداشت جهانی در راستای حفظ سلامت مادر و جنین، هدف برای انجام سزارین را تا سال ۲۰۱۰، پانزده درصد اعلام کرده است (شریفی زاد و همکاران ۱۳۸۵).

از جمله عوارض مادری سزارین، می توان به خونریزی، عفونت (فراوانترین شکایت) هیستریکتومی^۱ (خارج کردن رحم)، پارگی مثانه و آسیب حالب ها اشاره نمود. همچنین میزان بستری شدن مجدد طی ۳۰ روز بعد از زایمان در سزارین بیش از ۲ برابر زایمان واژینال است. خطر مرگ و میر مادران در سزارین اورژانسی نسبت به زایمان طبیعی، ۹ برابر و در سزارین انتخابی نسبت به زایمان طبیعی، حدود ۳ برابر افزایش می یابد (کانینگهام^۲، نابیلا^۳، ۲۰۱۰، ولفی ۲۰۱۰).

در خصوص عوارض نوزادی سزارین می توان به سندرم زجر تنفسی، تاکی پنه^۴ گذاری نوزادی و خفگی ناشی از زایمان اشاره نمود که به ویژه در سزارین انتخابی بیشتر است و عارضه ای چون سندرم زجر تنفسی، بیشترین عامل مرگ و میر نوزادی محسوب می شود. همچنین بیهوشی عمومی در زایمان سزارین از جمله اصلی ترین عواملی است که موجب تولد نوزادان با آپگار پایین می شود (زاهد پاشا و همکاران ۱۳۸۷ ، سعیدی و همکاران ۱۳۸۸).

^۱ Hysterectomy

^۲ -cunningham

^۳ - nabila

^۴ - tachypnea