

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دوره ۲۸ شماره ۳ پاییز ۱۳۸۵ صفحات ۱۰۵-۱۰۱

شیوع زایمان سزارین و عوامل دموگرافیک مرتبط با آن در شهر تبریز، ۱۳۸۳

اصغر محمدپوراصل: مربی اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت و تغذیه، همکار تحقیقاتی مرکز کشوری برنامه مدیریت سلامت (NPMC)، دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ نویسنده رابط

E-mail: poorasl@yahoo.com

فاطمه رستمی: کارشناسی ارشد آموزش پرستاری کودکان، همکار تحقیقاتی مرکز کشوری برنامه مدیریت سلامت (NPMC)، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
سیده شیوا ترابی: دانشجوی مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۴/۱۲/۶، پذیرش: ۸۵/۵/۲۳

چکیده

زمینه و اهداف: بر پایه شواهد موجود، انجام زایمان سزارین در زایمانهای بدون عارضه ممکن است میرایی و بیماری زایی مادر و نوزاد را افزایش دهد. هدف مطالعه حاضر برآورد شیوع زایمان سزارین و تعیین عوامل مرتبط با آن در شهر تبریز می باشد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی ۱۴۷۳ زن در ۶ بیمارستان و مراکز زایمانی شهر تبریز در شهریور ماه ۱۳۸۳ مورد مصاحبه قرار گرفتند. پرسشنامه این پژوهش شامل سوالاتی برای کسب اطلاعات دموگرافیک و نوع زایمان بود. دادهها با استفاده از آزمون مجذور کای و آزمون تی مستقل در نرم افزارهای SPSS و EPI تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: کلاً از میان ۱۴۷۳ زن انتخاب شده ۶۷۲ (۴۵/۶٪) مورد زایمان سزارین داشتند. زایمان سزارین در بیمارستانهای خصوصی، در زنان با سطح تحصیلات بالا و طبقه اجتماعی - اقتصادی بالا بیشتر بود. میانگین سن زنان با زایمان طبیعی و سزارین به ترتیب ۲۵/۵۱±۵/۴ و ۲۷/۶۹±۵/۳ بود ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: شیوع زایمان سزارین بویژه در بیمارستانهای خصوصی بالاست و برنامه های مداخله ای برای تغییر نگرش زنان نسبت به زایمان سزارین و افزایش آگاهی زنان در مورد زایمان بی درد برای کاهش شیوع زایمان سزارین لازم است.

کلید واژه ها: زایمان سزارین، شیوع، وضعیت اجتماعی- اقتصادی.

مقدمه

از زایمانها را می توان با اندیکاسیون صحیح به روش سزارین انجام داد. علی رغم این مساله آمار سزارین در نقاط مختلف دنیا متفاوت بوده و به صورت روز افزونی نیز رو به افزایش است، بطوریکه میزان آن طی ۲۰ سال اخیر از ۵٪ به ۲۵٪ افزایش یافته است (۱،۲). نتایج مطالعه ای که اخیراً در انگلستان صورت گرفته نشان می دهد که شیوع زایمان

انجام سزارین یکی از حساسترین و مهمترین خدمات نظام بهداشتی - درمانی تمام جوامع است. چون هر خدمتی باید به شکل مناسب، کم هزینه و همراه با حداقل عوارض جسمی - روانی صورت گیرد، سزارین نیز بعنوان یکی از روشهای زایمانی از این قاعده مستثنی نیست. از طرفی سازمان جهانی بهداشت اعلام داشته است در هر منطقه ای از دنیا حدود ۱۵٪

موثر بر آن در شهر تبریز می باشد تا شاید بتوان گامی موثر در جهت کاهش این مشکل بهداشتی برداشت.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی- مقطعی بیمارستان الزهرا و بیمارستان طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز، بیمارستان ۲۹ بهمن وابسته به سازمان تامین اجتماعی، بیمارستان زکریا وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی و بیمارستانهای شمس و شهریار از بین زایشگاههای خصوصی شهر تبریز (انتخاب این دو زایشگاه به صورت تصادفی بوده است) به عنوان جامعه نمونه گیری در نظر گرفته شد. از میان این بیمارستانها ۱۴۷۳ زن تازه زایمان کرده، متناسب با تعداد زایمانها در این بیمارستانها به صورت تصادفی انتخاب شدند. موارد انتخاب شده در صورت تمایل با یک مصاحبه گر آموزش دیده، مورد مصاحبه قرار گرفتند. یک پرسشنامه مرتبط با عوامل جمعیت شناختی و نوع زایمان توسط پرسشگران تکمیل شد.

وضعیت اجتماعی - اقتصادی با استفاده از تحصیلات شوهر، تحصیلات زن، شغل شوهر و شغل زن با استفاده از روش تجزیه به مولفه های اصلی (principal component analysis) ساخته شد. موارد با استفاده از این متغیر در یکی از سطوح وضعیت اجتماعی - اقتصادی بالا، متوسط و پایین طبقه بندی شدند. ارتباط متغیرهای کیفی با نوع زایمان با استفاده از آزمون مجذور کای و مقایسه متغیرهای کمی در زایمان سزارین و زایمان طبیعی با استفاده از آزمون t مستقل صورت گرفت. نرم افزارهای مورد استفاده SPSS و Epi Info بوده است.

نتایج

کلاً از میان ۱۴۷۳ زن انتخاب شده ۸۰۱ (۵۴/۴٪) مورد زایمان طبیعی و ۶۷۲ (۴۵/۶٪) مورد زایمان سزارین داشتند. کوچکترین زن ۱۵ ساله و بزرگترین زن ۴۶ ساله بود. میانگین سنی زنان شرکت کننده در مطالعه $26 \pm 5/4$ سال بود. میانگین سن زنان با زایمان طبیعی و سزارین به ترتیب $25/51 \pm 5/3$ و $27/69 \pm 5/3$ بود که آزمون t مستقل اختلاف معنی داری نشان می دهد ($p < 0/001$).

جدول ۱ شیوع زایمان سزارین را در سطوح مختلف متغیرهای مستقل نشان می دهد. همانطور که در این جدول مشاهده می شود زایمان سزارین با نوع بیمارستان، سطح تحصیلات، شغل، محل زندگی، نوع خانواده، سابقه جراحی و طبقه اجتماعی - اقتصادی ارتباط دارد.

سزارین از ۱۲/۵٪ در سال ۱۹۹۰ به ۱۸/۳٪ در سال ۱۹۹۹ رسیده است و همچنین سهم زایمان طبیعی بعد از سزارین قبلی در دهه اخیر کاهش یافته است (۳). حتی در بسیاری از جوامع از جمله ایران از ۲۶٪ تا ۶۰٪ و حتی در بعضی از مراکز خصوصی تا ۸۷٪ گزارش شده است (۴).

هر چند سزارین گزینشی مزایایی از قبیل کاهش مرده زایی، کاهش فلج مغزی، کاهش شکستگی های دراز، برنامه ریزی زمان زایمان و کم بودن طول زایمان دارد ولی سزارین نیز مانند هر عمل جراحی دارای عوارض نظیر عفونت محل زخم، عفونت لگن، عفونت ریوی، عفونت مجاری ادراری، آمبولی ریوی، ترومبوز وریدی، عوارض بیهوشی و ... بوده و میرایی و بیماری زایی مادر و نوزاد در این روش زایمانی بیشتر از زایمان طبیعی است (۵، ۶، ۷). همچنین مطالعات نشان می دهند که هزینه های مالی، دوره اقامت و بستری شدن مادر در بیمارستان، داروهای مصرفی، عوارض احتمالی داروها در اعمال سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی به طور قابل توجهی بیشتر است (۱، ۴، ۵، ۸). از طرف دیگر مطالعات اخیر نشان می دهند که سزارین بر کاهش باروری، کاهش زودرس وزن نوزادان، آسیب زود رس نوزادی و ایجاد افسردگی پس از زایمان تاثیر می گذارد (۹-۱۲).

ترس از درد زایمانی یکی از دلایل عمده امتناع زنان کشورمان از زایمان طبیعی است و آگاهی زنان از شیوه های کمکی زایمان بسیار اندک است. متأسفانه امروزه از زایمان سزارین تنها در مواقع ضروری و صرفاً به منظور نجات جان مادر و نوزاد استفاده نمی شود و حتی در برخی جوامع رفته رفته حالت تجملی نیز به خود گرفته است (۱، ۱۳).

نتایج مطالعاتی که اخیراً در شهرهای مختلف ایران صورت گرفته، نشان می دهند که شیوع زایمان سزارین افزایش یافته و زایمان سزارین در بیمارستانهای غیر دولتی، در مادران با سطح سواد بالا و در مادران شاغل بیشتر از زایمان طبیعی است (۶، ۱۴، ۱۵). همچنین شایعترین علت تمایل زنان به زایمان سزارین را ترس از درد زایمان ذکر کرده اند (۱۶).

در پژوهشی هم که جودتی و یآوری کیا در سال ۱۳۷۶ در استان آذربایجان شرقی انجام دادند، نشان داد که شیوع زایمان سزارین در کل استان ۲۷٪، در مراکز دولتی ۲۵/۵٪ و در مراکز خصوصی ۶۲/۵٪ بود (۱۷).

اهمیت شرایط خاص هر جامعه از جمله عوامل دموگرافیک، امکانات موجود و اختلاف شیوع بیماریهای مختلف در هر جامعه و تاثیر آن بر انواع زایمان را نمی توان نادیده گرفت. از طرف دیگر آمار جدیدی از شیوع زایمان سزارین و عوامل مرتبط با آن در شهر تبریز وجود ندارد. هدف مطالعه حاضر تعیین شیوع زایمان سزارین و عوامل

جدول ۱: توزیع فراوانی نوع زایمان در سطوح مختلف متغیرهای مستقل

P-value	جمع* تعداد (%)	سزارین تعداد (%)	طبیعی تعداد (%)	خصوصیات
< ۰/۰۰۱	(۷۰/۱)۱۰۳۲	(۳۵/۵)۳۶۶	(۶۴/۵)۶۶۶	نوع بیمارستان
	(۱۴/۵)۲۱۴	(۴۴/۹)۹۶	(۵۵/۱)۱۱۸	دولتی
	(۶/۲)۹۱	(۹۲/۳)۸۴	(۷/۷)۷	تامین اجتماعی
	(۹/۲)۱۳۶	(۹۲/۶)۱۲۶	(۷/۴)۱۰	دانشگاه آزاد
	(۱۰۰)۱۴۷۳	(۴۵/۶)۶۷۲	(۵۴/۴)۸۰۱	خصوصی
< ۰/۰۰۱	(۱۰/۳)۱۵۲	(۳۴/۹)۵۳	(۶۵/۱)۹۹	جمع
	(۳۶/۲)۵۳۲	(۳۴/۸)۱۸۵	(۶۵/۲)۳۴۷	سطح تحصیلات
	(۲۳/۷)۳۴۸	(۴۳/۴)۱۵۱	(۵۶/۶)۱۹۷	بیسواد
	(۲۱/۸)۳۲۰	(۵۷/۵)۱۸۴	(۴۲/۵)۱۳۶	ابتدایی
	(۸/۰)۱۱۷	(۸۴/۶)۹۹	(۱۵/۴)۱۸	راهنمایی
< ۰/۰۰۱	(۷۹/۷)۱۱۷۳	(۴۵/۶)۵۳۵	(۵۴/۴)۶۳۸	دیپلم
	(۱۳/۰)۱۹۲	(۲۹/۲)۵۶	(۷۰/۸)۱۳۶	دانشگاهی
	(۷/۳)۱۰۷	(۷۴/۸)۸۰	(۲۵/۲)۲۷	شغل
< ۰/۰۰۱	(۶۱/۳)۹۰۱	(۴۹/۲)۴۴۳	(۵۰/۸)۴۵۸	خانه دار
	(۱۱/۳)۱۶۷	(۶۰/۵)۱۰۱	(۳۹/۵)۶۶	شاغل در منزل
	(۲۷/۴)۴۰۳	(۳۱/۳)۱۲۶	(۶۸/۷)۲۷۷	شاغل در بیرون از منزل
< ۰/۰۰۱	(۶۲/۵)۹۲۰	(۵۰/۴)۴۶۴	(۴۹/۶)۴۵۶	محل زندگی
	(۳۷/۵)۵۵۱	(۳۷/۶)۲۰۷	(۶۲/۴)۳۴۴	تبریز
	(۷۱/۴)۱۰۵۲	(۳۴/۷)۳۶۵	(۶۵/۳)۶۸۷	شهرستانهای اطراف
< ۰/۰۰۱	(۲۸/۶)۴۲۱	(۷۲/۹)۳۰۷	(۲۷/۱)۱۱۴	روستا
	(۶۲/۵)۹۲۰	(۵۰/۴)۴۶۴	(۴۹/۶)۴۵۶	نوع خانواد
< ۰/۰۰۱	(۳۷/۵)۵۵۱	(۳۷/۶)۲۰۷	(۶۲/۴)۳۴۴	هسته ای
	(۷۱/۴)۱۰۵۲	(۳۴/۷)۳۶۵	(۶۵/۳)۶۸۷	گسترده
۰/۵۴۲	(۲۸/۶)۴۲۱	(۷۲/۹)۳۰۷	(۲۷/۱)۱۱۴	سابقه جراحی
	(۷۴/۵)۱۰۹۸	(۴۶/۱)۵۰۶	(۵۳/۹)۵۹۲	خیر
< ۰/۰۰۱	(۲۵/۵)۳۷۵	(۴۴/۳)۱۶۶	(۵۵/۷)۲۰۹	بلی
	(۷۴/۵)۱۰۹۸	(۴۶/۱)۵۰۶	(۵۳/۹)۵۹۲	نوع بارداری
< ۰/۰۰۱	(۲۳/۴)۲۸۱	(۳۳/۵)۹۴	(۶۶/۵)۱۸۷	برنامه ریزی شده
	(۵۱/۰)۶۱۳	(۳۹/۰)۲۳۹	(۶۱/۰)۳۷۴	ناخواسته
	(۲۵/۶)۳۰۷	(۷۰/۷)۲۱۷	(۲۹/۳)۹۰	وضعیت اجتماعی-اقتصادی
< ۰/۰۰۱	(۲۳/۴)۲۸۱	(۳۳/۵)۹۴	(۶۶/۵)۱۸۷	پایین
	(۵۱/۰)۶۱۳	(۳۹/۰)۲۳۹	(۶۱/۰)۳۷۴	متوسط
	(۲۵/۶)۳۰۷	(۷۰/۷)۲۱۷	(۲۹/۳)۹۰	بالا

* جمع موارد بدون توجه به وضعیت باروری

بحث

زایمان سزارین در اکثر نقاط دنیا روند افزایشی داشته است (۳، ۴) و درخواست مادر برای انجام سزارین انتخابی در حاملگی هایی که بدون مشکل هستند شایع شده است (ب). در مطالعه ما شیوع زایمان سزارین ۴۵/۶٪ بود که در بیمارستانهای آموزشی به مراتب کمتر از بیمارستانهای خصوصی بود (جدول ۱). نتایج مطالعه ای که اخیراً در تهران توسط علی محمدیان و همکاران (۶) صورت گرفته است نشان می دهد که شیوع زایمان سزارین ۶۶/۵٪ است و زایمان سزارین در

بیمارستانهای غیر دولتی، در مادران با سطح سواد بالا و در مادران شاغل بیشتر از زایمان طبیعی است. همچنین ۷۲ درصد از سزارین ها، بصورت انتخابی بوده که ۲۲ درصد از این سزارین ها به درخواست مادر انجام گرفته بود. جالب توجه است که مطالعه دیگری یک سال قبل از مطالعه اخیر توسط پیری و کیانی (۱۴) در شهر تهران صورت گرفته بود که شیوع زایمان سزارین را حدود ۲۶ درصد گزارش کرده بودند. در مطالعه دیگری که اخیراً توسط شهناز آرام و همکاران (۱۵) به منظور بررسی فراوانی نسبی روش انتخابی زایمان در

پزشکی، تعیین کننده روش زایمان بوده است. لذا پیشنهاد می شود با توجه به اینکه یکی از علت های اصلی انتخاب زایمان سزارین نگرانی و ترس از درد زایمانی است، با استفاده از روشهای گوناگون اطلاع رسانی به مردم (بویژه زنان در معرض خطر) در مورد روش زایمان بی درد و مزایای آن نسبت به سزارین، در انتخاب روش زایمان صحیح به آنها کمک کرد. همچنین با تصویب قوانینی محدود کننده می توان درصد زایمانهایی که احتمالاً به علت هزینه های بستری و جراحی توسط پزشکان ایجاد می شود (physician induct demand)، شیوع زایمان سزارین را کاهش داد.

تقدیر و تشکر

از خانم زهرا رستمی دانشجوی رشته پرستاری که در جمع آوری داده ها و وارد کردن داده ها به کامپیوتر زحمات فراوان کشیدند، از خانم هاجر مهدوی و مریم نعمت اله زاده به خاطر همکاری در جمع آوری داده ها و از مسئولین بیمارستانهای مورد مطالعه به خاطر همکاری در اجرای پژوهش، صمیمانه قدردانی و تشکر می کنیم. همچنین از مسولان مرکز کشوری مدیریت سلامت (NPMC) بعلت تامین هزینه طرح پژوهشی قدردانی و تشکر می شود.

شهر اصفهان صورت گرفته، ۵۰۰ زن باردار مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این مطالعه نشان می دهد که ۵۷ درصد زنان باردار روش زایمان طبیعی و ۴۳ درصد روش سزارین را انتخاب کرده اند، روش سزارین با افزایش سن کاهش و با افزایش سطح تحصیلات افزایش می یابد و مهمترین علت انتخاب روش زایمان طبیعی ترس از بیهوشی و مهمترین علت انتخاب روش سزارین نگرانی و ترس از درد زایمانی می باشد. همچنین نتایج مطالعه ای که در سال ۱۳۸۳ در سمنان صورت گرفته است نشان می دهد که ۳۸ درصد زنان باردار تمایل دارند زایمانشان بصورت سزارین باشد و شایعترین علت تمایل به سزارین را ترس از درد زایمان ذکر کرده اند (۱۶).

مطالعه حاضر نشان می دهد که زایمان سزارین در بیمارستانهای خصوصی، در زنان با سطح تحصیلات و طبقه اجتماعی - اقتصادی بالا بیشتر است که این یافته ها مشابه یافته های مطالعات قبلی می باشد (۶، ۱۵).

در نهایت همچنانکه نتایج مطالعات و بررسی های مختلف نشان می دهند، از یک طرف تمایل برای انجام سزارین در بین مادران، خانواده ها و حتی پزشکان فرونی یافته است و از طرف دیگر عواملی غیر از اندیکاسیونهای

References

۱. شریعت م، مجلسی ف، آذری س، محمودی م. بررسی میزان سزارین و عوامل موثر بر آن در زایشگاههای شهر تهران. فصلنامه پایش، ۱۳۸۱، شماره سوم، صفحات: ۱۰-۵.
۲. Ralf W. Operative delivery. In: Pernoll LM. Current obstetric & gynecology. 7th edition, USA: Appleton & Lange, 1994: 559-73.
۳. Black C, Kaye JA, Jick H. Cesarean delivery in the United Kingdom: time trends in the general practice research database. *Obstet Gynecol* 2005; **106**(1): 151-5.
۴. وزیران آ. فرهنگ سزارین. درد، ۱۳۷۹، ۲، ۵۵-۵۴.
۵. Amu O, Rajendran SI, Boloji I. Maternal choice alone should not determine method of delivery. *British Medical Journal* 1998; **317**: 466-70.
۶. علی محمدیان م، شریعت م، محمودی م، رمضان زاده ف. بررسی درخواست زنان باردار بر میزان سزارین انتخابی. فصلنامه پایش، ۱۳۸۲، شماره دوم، صفحات: ۱۳۹-۱۳۳.
۷. Ecker JL. Once a pregnancy, Always a cesarean. *Am J of Obs and Gyn* 2004; **190**: 314-8.
۸. لاریجانی ب، شیواز م، سجادی ع. بررسی میزان فراوانی سزارین در شهر تهران در سال ۱۳۷۵، گزارش طرح تحقیقاتی، مرکز تحقیقات غدردرون ریز، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۷۵.
۹. هادی زاده طلاساز ف، بحری ن، توکلی زاده ج. مقایسه میزان افسردگی پس از زایمان طبیعی و سزارین اورژانسی در خانم های نخست باردار مراجعه کننده به بیمارستان ۲۲ بهمن شهرستان گناباد (۱۳۸۲). فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۳۸۳، شماره چهارم [صفحات ۲۱ تا ۳۰].
۱۰. اسماعیل پور ن، اصغر نیا م. فراوانی آسیب های زودرس در زایمان های واژینال و سزارین. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۸۴، شماره ۵۴، صفحات ۷۶ تا ۸۳.
۱۱. داهیفرا ح. کاهش زودرس وزن نوزادان سزارینی شیر مادر خوار در ۴۸ ساعت اول زندگی. مجله علوم پیراپزشکی، ۱۳۸۲، شماره ۱، صفحات ۲۰۳ تا ۲۰۹.
۱۲. محمد بیگی ر، رحیمی ع. اثر سزارین بر کاهش باروری در زنان حامله شهر سنج. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۳۸۳، شماره ۲ (مسلسل ۳۴)، صفحات ۴۰ تا ۴۴.

۱۳. وحید دستجردی م. بررسی اندیکاسیونها و نتایج و عوارض عمل سزارین در بیمارستان آرش به مدت یک سال ۳-۱۳۷۲. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۷، شماره ۱، صفحات: ۴۵-۴۲.
۱۴. پیری ش، کیانی آسیابری آ. بررسی شیوع و علل انواع زایمان و تاثیر عوامل دمو گرافیک بر آنان. مجله دانشور، ۱۳۸۰، شماره ۳۵، صفحات ۷-۱۴.
۱۵. آرام ش، علامه ز، زمانی م، یادگار ن. بررسی فراوانی نسبی روش انتخابی زایمان در زنان حامله مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان، سال ۱۳۸۱. مجله زنان مامایی و نازایی ایران، سال چهارم شماره هفتم و هشتم، بهار و تابستان ۱۳۸۰، صفحات ۷۴ تا ۷۹.
۱۶. مرادیان صنم. بررسی انتخاب روش زایمان و علل آن از دیدگاه بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر سمنان (نیم سال اول ۱۳۸۳). مجله زنان، مامایی و نازایی ایران ۱۳۸۳، شماره دوم، صفحات ۴۹-۴۴.
۱۷. جودتی ا ر، یآوری کیا پ. بررسی آماری میزان و موارد سزارین در استان آذر بایجانشرقی در سال ۱۳۷۶. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۷۹، شماره ۴۶، صفحات ۱۹ تا ۲۴.