



بررسی فراوانی و علل سزارین در استان یزد، سال ۱۳۸۸

فاطمه قاسمی*

- کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی یزد

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۴/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۴/۱۶

چکیده

مقدمه: امروزه سزارین به عنوان یک عمل جراحی عادی انجام شده و علاوه بر اینکه بسیاری از تجهیزات و تخت‌های بیمارستانی و افراد مجرب در ارتباط با آن درگیر می‌شوند، میزان مرگ و میر و عوارض در مادرانی که سزارین می‌شوند، بیشتر از زایمان طبیعی است.

در این تحقیق به عنوان گام اول جهت کاهش سزارین، به بررسی فراوانی سزارین و علل آن در استان یزد پرداخته شده است. روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی مقطعی بوده که در استان یزد از اول فروردین تا پایان اسفند ۱۳۸۸ به مدت یک سال انجام پذیرفته است. با استفاده از فرم‌های تنظیمی تمامی زایمان‌ها و اندیکاسیون‌های سزارین بررسی گردیده و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. جمعیت آماری ۲۴۲۴۱ نفر بوده که با نمونه مورد مطالعه معادل بود.

نتایج: نتایج بررسی نشان داد ۴۴/۵٪ کل زایمان‌های استان به روش سزارین انجام شده که ۷۳/۵٪ آن غیر اورژانسی (الکتیو) و ۲۶/۵٪ آن اورژانسی بوده است. بررسی علل سزارین نشان می‌دهد که شایع‌ترین علت در سزارین غیر اورژانسی، سزارین قبلی و در سزارین اورژانسی، دیسترس جنین بوده است.

نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر سزارین در مقایسه با آمار جهانی از میزان بالایی برخوردار است. لازم است با ارائه آموزش‌های لازم و افزایش آگاهی افراد نسبت به عوارض سزارین، جهت کاهش آن چاره‌اندیشی گردد.

واژه‌های کلیدی: زایمان طبیعی، سزارین، بررسی علل

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۳۵۱-۷۲۴۵۱۱۴، پست الکترونیکی: beheshtih@yahoo.com
- این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می‌باشد.

مقدمه

امروزه سزارین به عنوان یک عمل جراحی عادی انجام می‌شود و علاوه بر این که بسیاری از امکانات، تجهیزات و تخت‌های بیمارستانی و افراد مجرب در ارتباط با این عمل درگیر می‌شوند، میزان مرگ و میر و عوارض زایمانی در مادرانی که تحت عمل سزارین قرار می‌گیرند به طور چشمگیری بیش از مادرانی است که زایمان طبیعی دارند. از آنجا که هدف نهایی تیم هدایتگر زایمان، انجام یک زایمان ایمن و تولد نوزاد سالم با حفظ سلامت مادر است، علم مامایی با پیشرفتی که طی سال‌های اخیر داشته، توانسته است تا حد زیادی به این هدف نائل شود و میزان مرگ و میر و بیماری مادر و نوزاد با استفاده از مراقبت‌های حین و قبل زایمان کاهش چشمگیری داشته و منطقی است که سزارین به عنوان راهکاری برای حفظ جان مادر و نوزاد در زایمان‌های سخت مورد استفاده قرار گیرد، ولی طبق آمار سازمان بهداشت جهانی حداکثر تا میزان ۱۵ درصد می‌تواند قابل قبول باشد.

در بررسی Jorabchi که در شهر تبریز انجام شده درصد سزارین در بیمارستان‌های خصوصی ۲۵ درصد بوده است (۱).

در کشور ایتالیا نیز ریت سزارین در سال ۱۹۷۳، ۱۵ درصد بوده و در سال ۱۹۹۰ به ۱۰/۸ درصد رسیده، بدون اینکه ریسک نوزاد افزایش یابد (۲).

بر اساس یک تحقیق در چهار کشور در جنوب شرق آسیا که در سال ۲۰۰۹ منتشر شده است، در مجموع ۲۷ درصد زایمان‌ها به روش سزارین انجام شده است و بیشترین علت آن سزارین قبلی بوده است (۳).

در تحقیقی که از سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۶ در سوئد انجام شد ریت سزارین افزایش یافته و شایع‌ترین علت سزارین، سزارین قبلی بوده است (۴).

روش بررسی

این مطالعه، مطالعه‌ای مقطعی و از نوع سرشماری است که بر اساس جمع‌آوری اطلاعات موجود در دفاتر آمار بخش‌های زایمان در طی سال ۱۳۸۸ در کل استان یزد انجام گرفت. این

اطلاعات که شامل نوع زایمان و علت سزارین بوده، توسط مسئول زایشگاه در فرم‌های مربوطه ثبت گردیده و پس از ارسال به دفتر مامایی حوزه معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی یزد اطلاعات حاصله ثبت و توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

لازم به ذکر است که در این استان تعداد ۱۶ بیمارستان دارای بخش زایمان فعال و ۷ عدد تسهیلات زایمانی فعال وجود دارد که از این بیمارستان‌ها ۴ مورد خصوصی، ۱ مورد خیریه و ۱ مورد وابسته به سازمان تامین اجتماعی و ۱۰ مورد وابسته به دانشگاه می‌باشد.

نتایج

در بررسی حاضر تعداد زایمان (بالای ۲۲ هفته) در بیمارستان‌های استان یزد از ابتدای سال ۸۸ تا پایان آن ۲۴۲۴۱ مورد بوده که ۱۳۲۶۸ مورد آن زایمان واژینال (۵۴/۸ درصد) و ۱۰۹۷۳ مورد آن سزارین (۴۵/۲ درصد) بوده است. نتایج حاصل از مطالعه توسط نرم‌افزار SPSS و آزمون chi-square مورد تجزیه قرار گرفته است، در نوع سزارین با توجه به تعداد ۸۰۶۸ مورد سزارین الکتیو (۷۳/۵ درصد) و ۲۹۰۵ مورد سزارین اورژانس (۲۳/۵ درصد) و $p < 0/50$ و $Chi-square = 6446/94$ لذا تفاوت در هر دو گروه مورد مطالعه معنی‌دار بوده است.

در بررسی بر اساس نوع بیمارستان با توجه به تعداد ۳۸۳۷ مورد سزارین در بیمارستان‌های دانشگاهی (۳۵ درصد) و ۷۱۳۶ مورد سزارین در بیمارستان‌های غیردانشگاهی (۶۵ درصد) و $p < 0/05$ و $chi-square = 1385/20$ لذا تفاوت در هر دو گروه مورد مطالعه معنی‌دار بوده است.

جهت تحلیل دقیق‌تر فراوانی و درصد سزارین با تفکیک علت در بیمارستان‌های استان یزد در جدول ۱ ذکر گردیده است.

با توجه به این که بیشتر موارد سزارین در شرایط غیراورژانس و در بیمارستان‌های خصوصی انجام گرفته است لذا در جدول ۲ و ۳ به ترتیب درصد سزارین بر اساس اورژانسی و

غیر اورژانسی بودن آن و نوع بیمارستان ذکر گردیده است(با توجه به اینکه در این سرشماری بیمارستان دولتی تامین اجتماعی جز بیمارستان‌های خصوصی در نظر گرفته شده لذا نوع بیمارستان به عنوان دانشگاهی و غیر دانشگاهی آمده است).
- موارد اورژانس سزارین عبارتند از: چند قلوبی، دیسترس جنین، عدم پیشرفت، گذشتن از تاریخ زایمان و جفت

سرراهی.

- موارد الکتیو(غیر اورژانس) عبارتند از: سزارین تکراری، تنگی لگن، دلایل مامایی، دلایل غیر مامایی، پوزانتاسیون غیرطبیعی و سزارین انتخابی(با توجه به اینکه در موارد ذکر شده مادر قبل از ورود به فاز فعال زایمان جهت عمل بستری گردیده، این موارد غیر اورژانس محسوب می‌گردد).

جدول ۱: فراوانی و درصد سزارین به تفکیک علت در بیمارستان‌های استان یزد در سال ۱۳۸۸

علت سزارین	تعداد	درصد
تکراری	۴۷۱۹	۴۳
دیسترس جنین	۱۴۰۲	۱۲/۸
عدم پیشرفت	۱۲۷۴	۱۱/۶
دلایل مامایی	۱۰۰۳	۹/۱
پوزانتاسیون غیر طبیعی	۶۹۳	۶/۳
دلایل غیر مامایی	۴۶۹	۴/۳
انتخابی	۵۳۹	۴/۹
گذشتن از تاریخ زایمان	۴۸	۴
تنگی لگن	۴۰۲	۳/۷
چند قلوبی	۲۴۳	۲/۲
جفت سرراهی	۱۸۱	۱/۶

جدول ۲: فراوانی و درصد سزارین در بیمارستان‌های استان یزد به تفکیک اورژانس و الکتیو(غیر اورژانس)

نوع سزارین	تعداد	درصد
الکتیو	۸۰۶۸	۷۳/۵
اورژانس	۲۹۰۵	۲۶/۵

جدول ۳: فراوانی و درصد سزارین در بیمارستان‌های استان یزد به تفکیک نوع بیمارستان(دانشگاهی و غیر دانشگاهی)

نوع بیمارستان	تعداد	درصد
دانشگاهی	۳۸۳۷	۳۵
غیر دانشگاهی	۷۱۳۶	۶۵

چون فراوانی و درصد سزارین بر اساس علت در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه با بیمارستان‌های غیر تابعه متفاوت است لذا آمار و ارقام مربوطه در جدول ۴ وارد شده است.

در مطالعه فعلی آمار به دست آمده از استان یزد گویای این مطلب است که سزارین‌های اورژانسی سهم قابل توجهی از آمار سزارین را تشکیل می‌دهند که از بین علل انجام آن: دیسترس جنین و عدم پیشرفت لیبر علل عمده را شامل می‌گردد که البته طبق کتب مرجع نیز این علل شایع‌ترین علل سزارین می‌باشد.

جدول ۴: فراوانی و درصد سزارین بر اساس علت و نوع بیمارستان در استان یزد در سال ۱۳۸۸

علت سزارین	درصد در بیمارستان دانشگاهی	درصد در بیمارستان غیر دانشگاهی
تکراری	۳۷/۶	۶۲/۴
تنگی لگن	۴۰/۸	۵۹/۲
دلایل مامایی	۲۸/۱	۷۱/۹
پرزاتاسیون غیر طبیعی	۳۲	۶۸
انتخابی	۳۴/۷	۶۵/۳
چند قلوپی	۳۰	۷۰
دیسترس جنین	۴۲/۷	۵۷/۳
عدم پیشرفت	۳۵/۹	۶۴/۱
گذشتن از تاریخ زایمان	۱۲/۵	۸۷/۵
جفت سرراهی	۱۰/۵	۸۹/۵

پس از بررسی تعدادی از پرونده‌های سزارین بار اول به صورت تصادفی، علت اکثر موارد دیسترس جنین و عدم پیشرفت، بستری مادر قبل از شروع فاز فعال لیبر و انجام ایندکشن‌های طولانی مدت و انجام مداخلات طبی غیر ضروری در طی لیبر مشاهده گردید.

بحث

سزارین روشی است که نوزاد از طریق یک برش جراحی ایجاد شده بر روی شکم و رحم مادر متولد می‌گردد. امروزه سزارین یکی از شایع‌ترین عمل‌های جراحی است که برای جلوگیری از خطرات احتمالی تهدیدکننده سلامت مادر و جنین انجام می‌شود. افزایش روزافزون عمل‌های سزارین، توجه جدی متخصصین را به خود جلب نموده و ضرورت انجام سزارین یکی از مباحث مطرح جامعه پزشکی است (۵). بسیاری از متخصصین افزایش زایمان واژینال پس از عمل سزارین را بی‌خطر می‌دانند. در ۱۵ سال اخیر شواهد زیادی از ایمنی نسبی زایمان در اکثر زنان دارای برش سزارین عرضی پایین بدست آمده است.

متأسفانه امروزه اغلب مادران باردار به دلیل ترس از درد زایمان و داشتن اطلاعات نادرست در خصوص آثار جسمی یک زایمان طبیعی بر کانال زایمانی، بدون اطلاع از خطرات عمل سزارین، طالب انجام آن بوده و جهت انجام سزارین به پزشک خود اصرار می‌ورزند. اما واقعیت این است که حتی در مراکز

پیشرفته مامایی ایمنی سزارین کمتر از زایمان طبیعی بوده و این امر به دلیل عوارضی نظیر خونریزی در حد دو برابر زایمان طبیعی، افزایش احتمال بروز عفونت رحمی بعد از زایمان، درد بیشتر پس از زایمان و عواقب بیهوشی در مادر و جنین بوده و علاوه بر این حاملگی در مادر بارداری که زایمان قبلی وی به روش سزارین انجام شده، جزو حاملگی‌های پر خطر طبقه‌بندی می‌شود چرا که خطر پارگی رحم، آسیب به مادر و نوزاد و طولانی شدن مدت عمل به دلیل چسبندگی‌های داخل شکمی و خونریزی حین و بعد از عمل احتمال عفونت و باز شدن زخم محل عمل و طولانی شدن مدت بستری در بیمارستان، با احتمال بیشتری نسبت به فردی که قبلاً عمل جراحی انجام نداده، مطرح است.

در بررسی Jorabchi در تبریز گزارش شده که در بیمارستان‌های خصوصی در صد سزارین حدود ۲۵ درصد است و از هر ۴ مادر حامله یکی سزارین می‌شود (۱). که این آمار در مقایسه با آمار موجود در استان یزد حدود ۲۰ درصد بیشتر می‌باشد.

در آمریکا از ۴ میلیون زایمانی که سالانه انجام می‌شود نزدیک به یک میلیون به روش سزارین است و ریت سزارین آمریکا پس از پور توریگو و برزیل در مقام سوم در جهان است (۶).

در کشور سوئد در یک بررسی سعی شد که ریت سزارین

میزان سزارین به بررسی علل و فراوانی آن در استان یزد پرداخته شده است.

- در سال ۱۹۸۱ در آمریکا شیوع زایمان طبیعی پس از عمل سزارین ۹٪ بود که با حمایت کالج آمریکایی زنان و زایمان در سال ۱۹۹۳ این میزان به ۲۵/۴٪ افزایش یافت (۸).

کاهش فراوانی زایمان طبیعی پس از سزارین احتمالاً به علت ترس پزشکان از پاره شدن رحم و خطراتی می‌باشد که بدنبال آن جان مادر و جنین را تهدید می‌کند.

- نتایج تحقیقی که طی سال‌های ۱۹۹۸-۱۹۸۸ روی ۳۰۱۰ بیمار تحت عمل جراحی سزارین و ۱۰۰۷ خانم با زایمان واژینال انجام گردید، مبین آن است که میزان عوارض مادری بویژه فشارخون بالا و عوارض روده‌ای بدنبال عمل سزارین نسبت به زایمان واژینال بیشتر بوده است (۹).

نتایج حاصل از این پژوهش در استان یزد نشان می‌دهد که میزان سزارین ۴۴.۵ درصد و زایمان طبیعی ۵۵/۵ درصد می‌باشد که از آمار قابل قبول بین‌المللی حدود ۲۵ درصد بالاتر می‌باشد.

به نظر می‌رسد علل فراوانی بالاتر سزارین در این مطالعه نسبت به آمار بین‌المللی ناشی از عواملی مانند: بستری مادر در فاز نهفته زایمانی، تحریک طولانی مدت با اکسی توسین، عدم بکارگیری معیار تشخیصی صحیح برای CPD، تشخیص نادرست عدم پیشرفت زایمان به علت مراقبت‌های معمول در طی زایمان، عدم کاربرد معیار تشخیصی صحیح برای دیسترس جنین و به طور خلاصه انجام مداخلات طبی غیر ضروری در طی لیبر می‌باشد.

نکته مهم روش تشخیص هر یک از این دلایل است چرا که در بسیاری از پرونده‌ها دلیل ذکر علت طبق معیارهای علمی بیان نشده است (مثلاً عدم ثبت منحنی پیشرفت زایمان) بنابراین لزوم رعایت دقیق شرایط انتخاب یک علت به عنوان دلیل سزارین احساس می‌شود. همچنین انتخاب مواردی مانند عدم پیشرفت زایمان در حالی که بیمار هنوز در فاز فعال زایمان قرار نگرفته، به عنوان دلیل سزارین جزو مواردی است که در کتب مرجع به عنوان علت نادرستی برای انجام سزارین ذکر

کاهش داده شود، در این کشور ریت سزارین در ۱۹۷۳، ۱۵ درصد و در ۱۹۸۳، ۱۲/۳ درصد بوده و در ۱۹۹۰ به ۱۰/۸ درصد کاهش یافته است ولی شیوع آپکار دقیقه اول کمتر از ۴ و دقیقه پنجم کمتر از ۷ و پری ناتال مورتالیتی در ۱۹۹۰ نصف ۱۹۸۳ بوده است. بنابراین می‌توان شیوع سزارین را بدون افزایش ریسک نوزاد کاهش داد زیرا پری ناتال مورتالیتی علاوه بر شیوع سزارین با عوامل پری ناتال و پست ناتال دیگری نیز ارتباط دارد (۲).

در تحقیقی که در کشورهای جنوب شرق آسیا توسط Festin و سایر همکاران در سال ۲۰۰۵ انجام شده، در مجموع ۲۷ درصد زنان به روش سزارین زایمان نموده و شایع‌ترین علت سزارین، سزارین قبلی بوده است که میزان سزارین آن کشورها حدود ۱۸ درصد از میزان سزارین در استان یزد در سال ۱۳۸۸ کمتر بوده است. اما شایع‌ترین علت سزارین که سزارین قبلی بوده، با یزد تفاوتی ندارد (۳).

در تحقیقی که در فاصله سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۶ در کشور سوئد انجام شد نشان می‌دهد که ریت سزارین در این ۱۰ سال افزایش یافته و شایع‌ترین علت، سزارین قبلی می‌باشد. با توجه به این که این تحقیق در استان یزد مربوط به سال ۱۳۸۸ بوده و از سال‌های قبل آمار دقیقی جمع‌آوری و بررسی نگردیده، لذا در خصوص افزایش یا کاهش سزارین نمی‌توان نظری داد، اما بررسی علت سزارین نشان می‌دهد که بیشترین علت همان سزارین قبلی بوده که با بررسی کشور سوئد در سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۶ همخوانی دارد (۴).

با در نظر گرفتن کلیه موارد فوق و اضافه کردن این مطلب که در جوامعی که سزارین برای جمعیتی بیشتر از ۱۵ درصد از مادران باردار استفاده شده، هیچ تغییری در بهبود سلامت مادران و نوزادان ایجاد نشده و نسبتاً افزایش تولدهای قبل از موعد به دلیل سزارین‌های الکتیو و بالا رفتن میزان عوارض حاصل از نارسای نوزاد، سلامت نوزادان را تهدید می‌کند (۷). لذا به نظر می‌رسد که بایستی از این افزایش بی‌رویه جلوگیری کرده و راهکاری برای ترویج زایمان ایمن و کاهش سزارین اندیشیده شود. در این تحقیق به عنوان اولین گام جهت کاهش

شده است.

نهایتاً با توجه به اینکه هدف نهایی این طرح ارائه راهکارهای عملی برای کاهش سزارین با توجه به علل انجام آن بوده است، پیشنهاد می‌شود:

۱- از آنجا که سلامت مادر طی دوران بارداری به سلامت پیش از بارداری بستگی دارد، در نظر گرفتن مراقبت‌های پیش از بارداری به عنوان مکمل مراقبت‌های دوران بارداری ضروری به نظر می‌رسد

۲- ارائه مراقبت‌های دوران بارداری سازمان‌دهی شده شامل: معاینه فیزیکی، آزمایشات بارداری، آموزش تغذیه، گزارش خطرات بارداری (مانند: ادم، خونریزی، سردرد، تاری دید و...) و تشکیل کلاس‌های آمادگی زایمان (شامل: ورزش‌هایی برای شل کردن عضلات، نحوه تنفس مادر، اصلاح پوزیشن و...) جهت کاهش ترس و اضطراب مادران در کلیه مراکز درمانی.

۳- کنترل صدای قلب با دستگاه‌های الکترونیکی و مراقبت‌های پیشرفته

۴- اندازه‌گیری صحیح اقطار لگن و تخمین بالینی آن و تفسیر صحیح اطلاعات بدست آمده.

۵- مراقبت از مادر، جنین و پیشرفت زایمان با استفاده از پارتوگراف (نمودار زایمانی) به هنگام شروع دردهای زایمان

۶- برگزاری دوره‌های آموزشی زایمان فیزیولوژیک برای متخصصین زنان و زایمان و الزامی کردن گذراندن این دوره‌ها

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش بیانگر آن است که بیشترین علل سزارین به ترتیب عبارت از: سزارین قبلی (۴۵ درصد)، دیسترس جنینی (۱۲ درصد)، عدم پیشرفت (۱۱ درصد)، سایر علل مامایی (۹ درصد)، پرزانتاسیون غیر طبیعی (۶ درصد)، سزارین انتخابی (۵ درصد)، علل غیر مامایی (۴ درصد)، عدم تطابق سر با لگن (۳.۵ درصد) جفت سرراهی (۲ درصد)، چند قلوئی (۱/۵٪) و Post date (۰/۵٪) می‌باشد.

علل مامایی که در سطوح فوق عنوان گردیده طبق فرم شماره ۲ ارسالی از بیمارستان‌ها عبارت است از: ایگوهیدرآمنیوس، نازایی، پره اکلامپسی، دیابت بارداری، زگیل

تناسلی، هرپس واژن، خونریزی، جنین هیدروسفال، پلی‌هیدرآمنیوس، سابقه زایمان سخت، ماکروزومی، Old primi، ماکروزومی، توبکتومی، ترمیم پرینه، سیستوسل، کیست تخمدان، مرگ داخل رحمی، آنانسفالی، آسیت جنین، IUgr، فیبروم رحم، بیماری قلبی در حاملگی، واژینیسموس، میوم رحمی، پاپیلوما واژن و سابقه مرده زایی.

علل غیر مامایی نیز عبارتند از: دیسک کمر، کمر درد، ناراحتی اعصاب، کر و لال بودن مادر، لیزیک چشم، هموروئید، سابقه صرع، لوپوس، اضافه وزن، سابقه عمل جراحی قبلی، مشکل ارتوپدی، پرکاری تیروئید، MS، لاپاروتومی، سابقه عمل کلیه و فتق نافی.

از آنجا که سلامت مادر طی دوران بارداری به سلامت پیش از بارداری بستگی دارد، در نظر گرفتن مراقبت‌های پیش از بارداری به عنوان مکمل مراقبت‌های دوران بارداری ضروری به نظر می‌رسد.

بزرگترین هدف از ارائه مراقبت‌های دوران بارداری تأمین سلامت مادر و کودک است. زمانی که این مراقبت‌ها توسط پرسنل بهداشتی ارائه می‌گردد بایستی همواره سلامت و رفاه مادر و نوزاد مد نظر آنها باشد و این نکته را همواره مد نظر داشته باشند که آیا این مادر می‌تواند نوزاد خود را بطور طبیعی دنیا آورد؟ بانک جهانی، سازمان بهداشت جهانی و جمعیت ملی در فوریه سال ۱۹۸۷ در نایروبی طی کنفرانسی تحت عنوان بارداری بی‌خطر برای اولین بار پیشنهاد کردند که کلیه زنان باردار در طی بارداری تحت مراقبت قرار گیرند. همچنین به منظور پیشگیری و تشخیص بموقع علایم خطر طی زایمان و انجام اقدامات لازم، مراقبت مادر و جنین با استفاده از نمودار زایمانی سازمان بهداشت جهانی صورت گیرد و معتقدند که با استفاده از این نمودار میزان سزارین‌های غیرضروری کاهش می‌یابد (۱۰).

با توجه به آمار بالای سزارین در این استان نسبت به استاندارد بین‌المللی، بهترین اقدام جهت کاهش بستری زودتر از موعد و کاهش میزان مداخلات طبی غیر ضروری در طی لیبر و زایمان که منجر به افزایش سزارین می‌شود، آموزش مادران باردار

سیاسگزاری

با تشکر از مسئولین محترم حوزه درمان، معاونت محترم درمان، مدیر محترم درمان و کارشناس مامایی محترم حوزه درمان که جهت ارسال فرم‌ها به مراکز همکاری لازم را داشته‌اند.

با تشکر از مسئولین مراکز و مسئولین بخش زایمان و واحد آمار مراکز که در تکمیل و ارسال به موقع فرم‌ها همکاری لازم را نموده‌اند.

با تشکیل کلاس‌های آمادگی زایمان می‌باشد، تا مادر باردار و همراه وی در این کلاس‌ها با انواع روش‌های زایمان و مزایا و معایب هر کدام و همچنین روش‌های غیردارویی کاهش درد در طی لیبر و زایمان (تکنیک‌های تنفس، ماساژتراپی، ریلکسیشن) آشنا شده و باعث توانمندسازی در وی شود.

بنابراین با کنترل و ارزیابی دقیق و ارائه مراقبت‌های طبی اساسی و در صورت عدم وجود مشکل عمده پزشکی، می‌توان امید داشت که میزان سزارین در کشور ما به آمار قابل قبول بین‌المللی نزدیک گردد.

References:

- 1- Jorabchi H. *Survey results of birth vaginally in previous cesarean*. National Congress Women's Disease. Tabriz University of Medical Science. Tabriz, 1994. [Persian]
- 2- Danati S, Grandolf ME, Andreozzi S. *Do Italian mothers prefer cesarean*. *Delivery Birth* 2003; 30(2): 89-93.
- 3- Festin MR, Laopaiboon M, Pattanittum P, Ewens MR, Henderson-smart DJ, Crowther CA, et al. *Cesarean section in four South East Asian countries: reason for, rates, associated care practices and health outcomes*. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009; 9(17).
- 4- 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.
- 5- Ragoth JC, Juzi C. *Delivery after previous cesarean, a risk evaluation*. *Obs Gyn* 1999; 93(3): 332.
- 6- Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. *Williams obstetrics*. 19 th ed Appleton & Lange; 1993.
- 7- Anderson GM, Lomas J. *Explaining variations in cesarian section rates. patients, facilities or policies?* *Can Med Assoc J* 1985; 132(3): 253-6.
- 8- James DK, Steer PJ. *High risk pregnancy*. 2nd Ed. Harcourt Brace and Company; 1999.
- 9- World Health Organization. *The partograph: who division of family health*. Geneva: Who; 1994.

Investigating the Abundance of Saesarean Section and its Reason in Yazd in 2009

Ghasemi F(BSc)

Department of Midwifery, Shahid Sadoughi University, Yazd, Iran

Received: 7 Jul 2010

Accepted: 23 Jan 2011

Abstract

Introduction Today, c/s is performed as a usual surgery. Not only it involves a lot of facilities, hospital beds, and specialists, but also risk of death for mother and baby is more than natural childbirth. This study intends to investigate the prevalence and causes of cesarean section in Yazd Province as a first step to reduce caesarean section.

Methods: This cross-sectional study was conducted in Yazd province during one year. Using regulatory forms, all the indications and deliveries for cesarean were reviewed. The Population was 24,407 people, according to which actuarial equivalent samples were studied in this study. Data were analyzed by spss software.

Results: The results showed 44.5 % of all deliveries were done with Cesarean section in which 74 % of them were non-emergency and 26.5 % were emergency cases. Moreover, the reasons of Caesarean section were investigated and results indicated that the most common reason in non-emergency cases were previous caesareans, whereas regarding emergency caesareans, it was fetal distress.

Conclusion: The present study reveals high rates of caesarean section in comparison with global statistics. Therefore, it is necessary to provide the necessary trainings and increase awareness of the complications of caesarean delivery to decrease it.

Keywords: Vaginal Delivery; Cesarean Section; Causes

This paper should be cited as:

Ghasemi F. *Investigating the abundance of saesarean section and its reason in Yazd in 2009*. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2012; 20(2): 229-36.

***Corresponding author: Tel: +98 351 7245114, Email: beheshtih@yahoo.com**