

بررسی علل انجام سزارین در یکی از مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

مریم سکاکی^۱، خدیجه حاجی میری^۲

نویسنده‌ی مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، معاونت درمان maryamsakkaky@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: زایمان طبیعی در اکثر موارد بهترین نوع زایمان است و انجام عمل سزارین محدود به مواردی است که زایمان از طریق کانال طبیعی میسر نبوده و یا با خطرانی جدی برای مادر یا جنین همراه باشد. این مطالعه با هدف بررسی علل سزارین و ارائه پیشنهاداتی برای کاهش آن در مرکز آموزشی درمانی امدادی ابهر در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی است. جامعه مورد پژوهش کلیه مادران سزارین شده در سال ۱۳۸۸ بود که تعداد ۴۶۷ پرونده بایگانی شده مادران سزارین شده مورد بررسی قرار گرفته و با ۳۹۱ مادر مصاحبه انجام شد. اطلاعات موجود در پرونده‌ها در برگه ثبت مشخصات و اطلاعات کسب شده از مادران در پرسشنامه محقق ساخته جمع آوری و در نرم افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از کل موارد تولد زنده، ۳۱/۵ درصد آن به طریق سزارین بود. بیشترین فراوانی علت سزارین مربوط به سزارین‌های تکراری (۲۹/۶٪) بود و پس از آن دفع مکنونیوم (۱۵٪)، پرزانتاسیون بریچ (۱۴/۱٪) و جفت سرراهی (۱۰/۹٪)، بیشترین علل را تشکیل می دادند. نتیجه آزمون آماری کای اسکوتر اختلاف معنی‌دار آماری بین علل ذکر شده توسط پزشک و اظهارات مادران سزارین شده نشان نداد ($p=0/13$).

نتیجه گیری: شیوع سزارین در مرکز منتخب بالاتر از استاندارد مورد قبول سازمان بهداشت جهانی می‌باشد. شیوع بالای سزارین‌های تکراری نشان می‌دهد که برای کاهش سزارین‌های بار اول، برنامه‌های مداخله‌ای لازم است. درصد بالای پرزانتاسیون بریچ و جفت سرراهی که بسیار بیشتر از شیوع آن در کل جهان می‌باشد به عنوان علت سزارین اورژانسی نیز جای تأمل دارد.

واژه های کلیدی: زایمان، سزارین، علل سزارین

مقدمه

زایمان نیست. چرا که مانند هر عمل جراحی دیگر عوارض و مخاطراتی برای مادر و نوزاد به همراه دارد. بطوریکه خطر مرگ مادر در زایمان سزارین، هشت برابر زایمان طبیعی گزارش شده است (۱). هدف نهایی تیم هدایتگر زایمان، انجام یک زایمان ایمن و تولد نوزاد سالم با حفظ سلامت مادر و نوزاد می‌باشد. میزان مرگ و میر و بیماری مادر و

زایمان طبیعی در اکثر موارد بهترین نوع زایمان است و انجام عمل سزارین قاعدتا محدود به مواردی است که زایمان از طریق کانال طبیعی میسر نبوده و یا با خطرانی جدی برای مادر یا جنین همراه باشد. بنابراین موارد استفاده از عمل سزارین محدود و مشخص بوده و الزاماً روش ارجح برای

۱- کارشناس ارشد مامایی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

نوزاد با استفاده از مراقبت‌های قبل و حین زایمان کاهش چشمگیری یافته است. طبق دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی میزان سزارین حداکثر تا ۱۵٪ قابل قبول می‌باشد (۲). امروزه سزارین شایع‌ترین عمل جراحی مامایی بوده و سابقه سزارین، زایمان مشکل، زجر جنین و پوزانتاسیون بریچ مسئول اکثر موارد سزارین می‌باشند. از آنجایی که بطور کلی عواقب ناخواسته (خصوصاً در مادر) در سزارین بیش از زایمان طبیعی است سزارین باید در مواردی که منافع‌اش بیش از مضرات‌اش است بکار برده شود (۳).

در قرن نوزدهم زایمان سزارین اولیه در مواردی که خطری جان مادر و جنین را تهدید می‌کرد، انجام می‌شد. در قرن بیستم زایمان سزارین به یک روش معمول زایمان تبدیل شده است. در اواخر ۱۹۸۰ میزان سزارین ۲۵ درصد و در ۲۰۰۴، ۲۹ درصد تولدها را شامل می‌شد (۴). امروزه از هر ۱۰ زن آمریکایی که هر ساله در ایالات متحده زایمان می‌کنند یک نفر سابقه زایمان سزارین دارد و بدون شک یکی از توجیه‌های این افزایش در سطح ملی، افزایش نگرانی در مورد ایمنی جنین هنگام لیر در زنان دارای سابقه سزارین است. دلایل افزایش چهار برابری میزان سزارین در سال‌های اخیر کاملاً درک نشده است اما برخی علل احتمالی شامل کاهش پاریته زنان، سن بالای مادر در اولین بارداری، نمایش بریچ، ترس از پیگیری قضایی موارد سوء طبابت، در وضعیت کنونی میزان زایمان سزارین نقش چشمگیری دارند (۵). میزان سزارین در کشور ما نیز طبق تحقیقات انجام شده طی سال‌های اخیر بالاتر از استانداردهای جهانی می‌باشد. در اردیبهشت در سال ۱۳۸۲، ۴۵/۴٪ (۶)، در تیریز در سال ۱۳۸۳، ۴۵/۶٪ (۷)، در سنندج در سال ۱۳۸۳، ۳۸/۳٪ (۸)، در تهران در سال ۱۳۸۱، ۶۶/۵٪ (۹)، در همدان در سال ۱۳۸۳، ۳۷٪ (۱۰)، در چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۱، ۴۴٪ (۱۱) و در یاسوج در سال ۱۳۸۲، ۲۶/۰۶٪ (۱۲) گزارش شده

است. بر اساس یک بررسی کشوری جمعیتی در سال ۱۳۷۹، زایمان سزارین ۳۵٪ از زایمان‌ها را در ایران به خود اختصاص داده است که ۶۰٪ آن در مراکز دولتی صورت گرفته بود. علل افزایش سزارین در کشورمان را تمایل مادر باردار، شرایط انجام زایمان طبیعی در بیمارستان‌ها، انگیزه پزشک و تغییرات شرایط اجتماعی عنوان نموده‌اند (۱۳).

افزایش چشمگیر میزان سزارین یک نگرانی عمده در سلامت زنان به شمار می‌رود. به منظور کاهش میزان سزارین بسیاری از محققین در تلاش برای یافتن عوامل مرتبط با افزایش این آمار هستند. چن و همکاران در تحقیق خود دریافتند که هر چه درجه شهری شدن بالا می‌رود این آمار نیز افزایش می‌یابد (۱۴). کانینگهام (Cunningham) و همکاران نیز معتقدند که عوارض مادری در زایمان‌های سزارین در مقایسه با زایمانهای طبیعی بطور چشمگیری بالاست که عوامل اصلی آن آندومتريت، خونریزی، عفونت‌های ادراری و ترومبوآمبولی می‌باشند. این عوامل همراه با افزایش زمان بهبود در زایمان‌های سزارین سبب افزایش هزینه‌های آن تا دو برابر در مقایسه با زایمان طبیعی شده است. این محققین نشان دادند که می‌توان بدون افزایش مرگ و میر و عوارض پری ناتال تعداد زایمان‌های سزارین را بطور قابل توجهی کاهش داد (۵).

با توجه به اهمیت سلامت مادران و عوارض فردی و اجتماعی زایمان سزارین، بر آن شدیم تا علل انجام سزارین در مرکز آموزشی درمانی منتخب طی سال ۱۳۸۸ را بررسی و شناسایی نموده و با توجه به نتایج بدست آمده، پیشنهاداتی را جهت کاهش این آمار به مسئولین مربوطه ارائه دهیم تا شاید بتوانیم گامی مؤثر در حل این مشکل بهداشتی برداشته باشیم.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی است. جامعه مورد پژوهش، کلیه مادران سزارین شده در مرکز آموزشی درمانی امدادی ابهر در سال ۱۳۸۸ بود که به دو صورت مطالعه پرونده‌ها جهت ثبت علل ذکر شده توسط پزشک و مصاحبه با مادران و مقایسه یافته‌ها، مورد بررسی قرار گرفت.

معیار ورود نمونه کلیه پرونده‌های سزارین اورژانس و الکتیو و معیار حذف نمونه، عدم تمایل مادر به مصاحبه یا عدم دسترسی به مادر بود. در این مطالعه تعداد ۷۶ نفر از مادران سزارین شده به دلیل تغییر محل زندگی و عدم تمایل مادر یا همسر وی به مصاحبه، از مطالعه خارج شدند. به منظور رعایت نکات اخلاقی، نام مادران و پزشکان معالج محفوظ مانده و مادران آگاهانه در پژوهش شرکت کردند. ضمناً در زمان بستری در بیمارستان اجازه نامه کتبی جهت استفاده از اطلاعات پرونده‌ها اخذ می‌گردد. ابزار گردآوری داده‌ها یک برگه ثبت مشخصات مادران سزارین شده و یک پرسشنامه ساختار یافته توسط پژوهشگران بوده که اعتبار علمی آن توسط اساتید معاونت پژوهشی دانشگاه و اعتماد علمی آن با استفاده از آزمون مجدد با $r=0/89$ بر اساس آزمون همبستگی پیرسون تأیید شد. برگه ثبت مشخصات که از طریق مطالعه پرونده‌های مادران سزارین شده تکمیل شد شامل سن، سطح تحصیلات، محل زندگی، وضعیت اشتغال، تعداد بارداری، نوع سزارین، سن حاملگی، فاز زایمانی زمان بستری، علت بستری و علت سزارین بود. پرسشنامه که از طریق مصاحبه با مادران سزارین شده تکمیل شد شامل نظر مادران در مورد زایمان به طریق سزارین و طبیعی، تمایل به سزارین یا زایمان طبیعی در صورت بارداری مجدد و علت سزارین آنان از زبان خودشان بود. اطلاعات جمع‌آوری شده، در نرم افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی جهت توصیف نمونه‌ها و آزمون کای

دو برای مقایسه اطلاعات مندرج در پرونده‌ها و اظهارات مادران در مورد علت سزارین، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از کل موارد تولد زنده در سال ۱۳۸۸، ۳۱/۵ درصد آن به طریق سزارین بود. بیشترین فراوانی سنی به گروه سنی ۲۶-۱۶ (۴۷/۱٪) سال تعلق داشت. بیشترین فراوانی در سطح تحصیلات دیپلم (۳۱/۹٪) بوده و ۷۳٪ مادران شهرنشین بودند. ۹۴/۴٪ مادران خانه‌دار، ۵۱/۶٪ نخست‌زا و ۹۷/۶٪ بر اساس اطلاعات ثبت شده توسط پزشک معالج به صورت اورژانسی سزارین شده بودند. فراوانی علل سزارین بر اساس مندرجات پرونده مادران در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی علت سزارین بر اساس اطلاعات

مندرج در پرونده

علت سزارین	فراوانی	درصد
سزارین تکراری	۱۳۸	۲۹/۶
عدم پیشرفت	۳۶	۷/۷
پرژانتاسیون بریج	۶۶	۱۴/۱
پرژانتاسیون عرضی	۲۲	۴/۷
جفت سر راهی	۵۱	۱۰/۹
زجر جنین	۳۱	۶/۶
دفع مکونیوم	۷۰	۱۵
چندقلویی	۱۵	۳/۲
پره اکلامپسی	۵	۱/۱
دکولمان جفت	۱۲	۲/۶
عدم تطابق سر جنین با لگن مادر	۶	۱/۳
ختم انتخابی بارداری	۶	۱/۳
سایر موارد	۹	۱/۹
جمع	۴۶۷	۱۰۰

سزارین آنان مشکلات مادری و جنینی بوده و ۲۳/۵٪ آنان سزارین خود را به صورت انتخابی و با ذکر یکی از علل سزارین اورژانس توسط پزشک گزارش کردند. نتیجه آزمون آماری کای اسکوئر اختلاف معنی‌دار آماری بین علل ذکر شده توسط پزشک و مادران سزارین شده نشان نداد (جدول ۳).

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اینکه بار اقتصادی و بار بیماری سزارین در جامعه به مراتب بیشتر از زایمان طبیعی است، باید از این روش تنها در برخی شرایط و بر اساس اندیکاسیون‌های آن استفاده نمود چرا که هدف اصلی سزارین تأمین سلامت و نجات جان مادر و نوزاد است و تنها در شرایطی بهترین انتخاب است که برای مادر و نوزاد مشکلاتی وجود داشته باشد.

متأسفانه امروزه از سزارین تنها در مواقع ضروری و صرفاً به منظور نجات جان مادر استفاده نمی‌شود و در بسیاری از موارد جنبه تجملی به خود گرفته است. در پژوهش حاضر مادران شهر نشین نسبت به مادران روستایی درصد بیشتری از سزارین‌ها را به خود اختصاص داده‌اند (۷۳٪ در مقابل ۲۷٪). اما با توجه به اینکه در این پژوهش فقط موارد سزارین بررسی شده و تعداد مادران شهری بیشتر بوده و آمار کلی از تعداد مادران شهری و روستایی در دست نیست شاید نتوان گفت که میزان سزارین مادران شهری بیشتر از مادران روستایی است. در مطالعات دیگر، محققین به این نتیجه رسیده‌اند که هر چه میزان شهری شدن بیشتر باشد آمار سزارین نیز بالا می‌رود (۷، ۱۴).

در این مطالعه بیش از نیمی از مادران (۵۱/۶٪) نخست‌زا بوده و تجربه زایمان نداشتند و این افراد در آینده نه چندان دور خواهان بارداری بعدی و به ناچار سزارین مجدد خواهند بود و با توجه به اینکه یکی از علل اصلی سزارین را

در فاز نهفته بستری شده بودند. بیشترین علت بستری مادران ختم حاملگی به صورت الکتیو (۴۴/۱٪) یعنی بدون داشتن علت علمی قابل قبول و به دستور پزشک جهت اینداکشن، بود. پس از بررسی کلیه پرونده‌ها، با مادران مصاحبه کرده و سوالات پرسشنامه تکمیل شد. علل سزارین طبق اظهار مادر در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- توزیع فراوانی علت سزارین به اظهار مادر

علت سزارین	فراوانی	درصد
میل شخصی	۶۶	۱۶/۹
ترس از زایمان	۱۱	۲/۸
پیشنهاد دوستان و خانواده	۲	۰/۵
پیشنهاد پزشک معالج	۳۸	۹/۷
مشکلات مادری یا جنینی	۲۷۴	۷۰/۱
جمع	۳۹۱	۱۰۰

جدول ۳- توزیع فراوانی تطابق علت سزارین بر اساس

اطلاعات مندرج در پرونده و اظهارات مادر

نوع سزارین	پزشک		مادر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
اورژانس	۳۸۰	۹۷/۲	۲۹۹	۷۶/۵
الکتیو	۱۱	۲/۸	۹۲	۲۳/۵
جمع	۳۹۱	۱۰۰	۳۹۱	۱۰۰

نتایجی که در مورد نگرش مادران به نوع زایمان پس از مصاحبه بدست آمد نشان داد که ۵۴/۷٪ مادران زایمان سزارین را بهتر از زایمان طبیعی می‌دانستند. ۶۴/۷٪ آنان در صورت بارداری مجدد علیرغم امکان زایمان واژینال پس از یکبار سزارین زایمان به طریق سزارین را ترجیح داده و راضی به امتحان لیبر نبودند. ۷۰/۱٪ مادران اظهار داشتند که علت

جهت پاسخ به این سوال که چرا مادران نخست حامله که هیچگونه مشکل طبیی ندارند درخواست زایمان سزارین می‌کنند؟ فنویک و همکاران در سال ۲۰۰۸ تحقیقی را با همین عنوان در استرالیا انجام دادند. آنان از نتایج مصاحبه با مادران دریافتند که ترس از زایمان، ترس از آسیب به جنین و از بین رفتن آناتومی طبیعی بدن زن از دلایل عمده انتخاب زایمان سزارین بود که این باید مورد توجه پرسنل درمان قرار گیرد. آنان نتیجه گرفتند که پزشکان و افراد تیم بهداشت و درمان باید در ارتقاء اعتماد به نفس مادران و آموزش آنان تلاش بیشتری بنمایند و توانایی آنها را برای زایمان طبیعی افزایش داده و به مادران گوشزد کنند که زایمان یک رویداد طبیعی در زندگی است و از بکار بردن جملاتی که نشان دهنده خطرناک بودن زایمان است، خودداری کنند (۲۰).

بیشتر مادران سزارین شده در مرکز مذکور در فاز نهفته زایمانی (۹۷/۴٪) بستری شده بودند و بیشترین فراوانی علت بستری شدن مادران جهت زایمان، ختم الکتیو بارداری بدون اندیکاسیون و به دستور پزشک جهت اینداکشن (۴۴/۱٪) و پس از آن درد زایمان (۳۶٪) بود که می‌تواند یکی از دلایل افزایش سزارین باشد. رهنما و همکاران در بررسی ارتباط بین بستری شدن در مرحله فعال و نهفته زایمان با میزان و علل سزارین به این نتیجه رسیدند که زجر جنین بعلت مداخلات انجام شده در روند زایمان و همچنین عدم پیشرفت از دلایل انجام سزارین در مادرانی است که در فاز نهفته زایمان بستری شده‌اند و پیشنهاد کردند تا زمانی که زائو وارد فاز فعال زایمان نشده است در صورتی که اندیکاسیون بستری شدن ندارد از پذیرش وی خودداری گردد (۲۱). مطالعه زارع و همکاران نیز با این مطالعه همسو می‌باشد (۲۲). از دلایل این بستری شدن‌های زود هنگام می‌تواند ترس پزشک و ماما از مسائل قانونی و شکایت از آنان به علت بروز مشکل احتمالی در صورت عدم بستری کردن مادر، اصرار مادران برای ختم حاملگی و ارجاع زود هنگام مادران پس از ۳۷ هفته حاملگی

سزارین‌های تکراری تشکیل می‌دهند، سبب افزایش میزان سزارین در آینده خواهد شد. در این مطالعه بیشترین فراوانی علت سزارین مربوط به سزارین‌های تکراری (۲۹/۶٪) بود. برنستین (Bernstein) اظهار می‌دارد که یکی از خطرات مهم سزارین، نیاز به سزارین بعدی است. اکثر زنانی که در اولین زایمان خود سزارین را ترجیح می‌دهند، در حاملگی بعدی امتحان لیبر را نخواهند پذیرفت و این در حالی است که با هر بار سزارین، خطرات بیشتری در خصوص ناهنجاری‌های جفتی، پارگی رحم، صدمه به اندام‌های داخلی حین جراحی، افزایش خونریزی و نیاز به هیستروکتومی یا حتی مرگ مادری وجود دارد (۱۵). در پژوهش حاضر نیز ۶۴/۷ درصد از مادران اظهار کردند که در حاملگی بعدی امتحان لیبر را نخواهند پذیرفت. در سایر مطالعات انجام شده در ایران نیز، سزارین‌های تکراری بیشترین فراوانی علت سزارین را تشکیل می‌دهند (۷، ۹، ۱۱، ۱۷). بر اساس آمارهای موجود، در سال ۱۹۶۵ میزان سزارین در ایالت متحده ۴/۵٪ بوده و از این زمان افزایش پیشرونده آن آغاز شده بطوری که در سال ۱۹۸۸ به ۲۵٪ رسیده است. بین سالهای ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۶ میزان سزارین به علت انجام زایمان واژینال بعد از یکبار سزارین Vaginal birth after caesarean (VBAC) افزایش یافته و میزان سزارین‌های بار اول کاهش یافته بود (۱۸). پس از آن مجدداً زنان کمتری درصدد VBAC برآمدند و میزان سزارین افزایش یافت. در سال ۲۰۰۷ میزان VBAC به ۸/۵٪ کاهش پیدا کرد (۱۵).

در مصاحبه با مادران دریافتیم که حدود ۳۰٪ آنان به دلایلی غیر علمی بنا به درخواست خود به علت ترس از زایمان طبیعی یا پیشنهاد دوستان و خانواده یا پزشک معالج به دلیل سابقه سزارین تحت عمل سزارین قرار گرفته‌اند. علاوه بر این مطالعه، در سایر مطالعات نیز ترس از زایمان طبیعی و عدم وجود روش‌هایی برای کاهش درد زایمان و یا تجربه تلخ زایمان قبلی از دلایل انتخاب سزارین می‌باشد (۸، ۱۹).

از مراکز بهداشتی درمانی دولتی یا مطب‌های خصوصی باشد. در نتیجه، بیماران مذکور بعلت نداشتن دردهای زایمانی حقیقی به ناچار تحت القاء لیبر قرار می‌گیرند و همین سبب افزایش میزان سزارین بعلت دفع مکنونیوم، کیسه آب پاره طولانی و عدم پیشرفت و عدم پاسخ به اینداکشن پس از سه دور القاء می‌گردد. در مطالعه حاضر ۷/۷٪ مادران بعلت عدم پیشرفت و ۱۵٪ به علت مایع آمنیوتیک آغشته به مکنونیوم و ۶/۶٪ بعلت الگوهای غیر اطمینان بخش ضربان قلب جنین تحت عمل سزارین قرار گرفته‌اند.

بستری شدن در فاز نهفته زایمانی با توجه به دامنه طولانی آن از نظر زمانی و گاهی طولانی شدن زمان بستری تا چند روز ممکن است اثر روانی ناخوشایندی برای بیمار و اطرافیان او داشته باشد و پزشک نیز تحت فشار مسائل مختلف قرار گرفته و تصمیم به سزارین افزایش یابد و در صورت انجام زایمان طبیعی این اثر روانی ناخوشایند و تجربه تلخ یک زایمان سخت و طولانی سبب انتخاب زایمان سزارین به صورت انتخابی در بارداری بعدی شود.

علاوه بر این، بر اساس پژوهش کلارک (Clark) و همکاران، میزان موربیدیتی مادری و نوزادی در کسانی که تحت القاء لیبر بعلت بستری شدن زود هنگام قرار می‌گیرند، بیشتر است (۲۳).

بیشترین فراوانی علل سزارین در مطالعه حاضر، بعد از سزارین تکراری و دفع مکنونیوم به ترتیب مربوط به پوزانتاسیون بریج (۱/۱۴٪) و پلاستا پرویا (۹/۱۰٪) می‌باشد. حال آنکه میزان کلی شیوع جفت سرراهی بر اساس منابع معتبر علمی بطور متوسط ۵/۰٪ و شیوع بریج در زمان ترم ۴-۳٪ می‌باشد. در بررسی پرونده‌های مادران ۲/۸٪ سزارین‌ها الکتیو گزارش شده است در حالی که پس از مصاحبه با مادرانی که تمایل به پاسخگویی داشتند این میزان ۲۳/۵٪ محاسبه شد و تعدادی از مادران نیز تمایل به شرکت در

پژوهش نداشته یا دسترسی به آنان امکان پذیر نبود و این عدم درج صحیح علت سزارین در پرونده‌ها توسط پزشک و عدم تمایل مادران به مصاحبه از محدودیت‌های پژوهش بود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و مطالعه سایر پژوهش‌ها پیشنهاداتی برای کاهش آمار سزارین ارائه می‌گردد امید است مسئولین محترم در راستای اجرایی شدن این پیشنهادات گامهای موثری بردارند.

- آموزش همگانی از طریق رسانه‌ها و دعوت از متخصصین آگاه و دلسوز جهت افزایش آگاهی عموم مردم برای ترغیب هر چه بیشتر به سمت زایمان طبیعی

- انجام برنامه ریزی مدون و صحیح جهت آموزش و ارتقاء سطح آگاهی مادران باردار از مزایا و معایب زایمان طبیعی و سزارین. آموزش‌ها نباید محدود به مادرانی باشد که جهت مراقبتهای بارداری به مراکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی مراجعه می‌کنند زیرا بیشتر مادران سزارین شده مراجعین به مطب پزشکان محترم بودند.

- ترویج زایمان فیزیولوژیک :

الف- تاسیس کلینیک مامایی در مرکز و انجام مراقبت‌های دوران بارداری و آموزش به مادرانی که قصد انجام زایمان در این مرکز را دارند.

ب- تشکیل کلاسهای آمادگی مادران برای انجام زایمان آسان به صورت عملی و نه فقط آموزش‌های تئوری

ج- بستری کردن به موقع مادران (عدم بستری کردن مادران قبل از ۴۰ هفته کامل و در فاز نهفته زایمان بدون اندیکاسیون) و عدم انجام اینداکشن به صورت روتین

- فراهم کردن امکانات لازم و فرصت دادن به مادرانی که یکبار سزارین شده‌اند جهت شروع خودبخود دردهای زایمانی و انجام زایمان طبیعی بعد از سزارین در صورت نداشتن اندیکاسیون قطعی سزارین با توجه به تأثیر گذار بودن پرسنل بهداشتی درمانی در انتخاب نوع زایمان، پیشنهاد می‌گردد

حمایتگر در کلاس‌های آموزشی مادران باردار استفاده شود تا مشوق مادران به انجام زایمان طبیعی گردند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند و پرسنل بایگانی بیمارستان و مادران عزیز تشکر و قدردانی می‌نماییم.

پژوهشی به منظور بررسی نگرش آنان در مورد زایمان طبیعی و سزارین انجام گیرد و در راستای تغییر نگرش افراد اقدامات لازم انجام شود.

همچنین پیشنهاد می‌شود از مادران سزارین شده که به اجبار تحت عمل سزارین قرار گرفته و برای چندمین بار جراحی شده و از معایب سزارین آگاهی دارند، به عنوان گروه‌های

منابع

- Schulter N, Van J, Derker G, Van D, Vongei H. Maternal mortality after cesarean section in Netherland. OBGY. 1997; 76(4): 332-4.
- Chamberland G. Cesarean section rates in the UK. Lancet. 1998; 337: 8750.
- Qarekhani P, Sadatian A. principals of Obstetrics & Gynecology. 5th ed. Tehran: Noore danesh. 2009 :248. (In Persian)
- Chichester M. Cesarean delivery is rising. Journal of per anesthesia nursing. 2008; 23(5): 321-334.
- Cunningham F, Gant NF, Leveno K, Gilstrap LC. Williams Obstetrics. Ghazijahani B (Persian translator). 21th ed. Tehran: Golban; 2002: 541-558. (In Persian)
- Tamook A, Amini M, Moqadam yeganeh Jh, Mardy A. Cesarean section rates and its indications in social security hospital of Ardabil. Research & scientific journal of Ardabil university of medical sciences and health services (JAUMS). 2003; 2(8): 28-32. (In Persian)
- Mohammadpoor Asl A, Rostami F, Torabi Sh. Prevalence of cesarean section and its demographic correlates in Tabriz. Medical journal of Tabriz University of medical sciences. 2006; 28(3): 101-105. (In Persian)
- Ranaee F. Reasons for choosing cesarean among women referred to Bea'sat hospital of Sanandaj (2004). Behbood. 2006; 10(30): 277-286. (In Persian)
- Shariat M, Majlesy F, Azary S, Mahmoody M. Cesarean section in maternity hospital in Tehran. Payesh. 2002; 1(3): 5-10. (In Persian)
- Kazemzadeh M, Poorajal J, Qazanfarzadeh B, Qahramani M. Promotion of safe labor through training healthcare workers and pregnant women to reduce cesarean rate in Malayer (2004-2005). Journal of medical council of I.R.I. 2007; 25(2): 149-153. (In Persian)
- Shakerian B. Prevalence and causes of cesarean section in Chaharmahal & Bakhtiary. Shahrekord University of medical sciences Journal. 2004; 6(1): 63-69. (In Persian)
- Mobaraki A, Zandiqashqaie K, Zadebaqeri Gh. Prevalence of cesarean section and the related causes in Yasuj city in 2003 . Armagnac danish. 2005;10(39): 53-72. (In Persian)
- Hajizeinali AM. Cesarean section statistics in Iran. Medical council Journal. 2003; 25:28. (In Persian)
- Chen Ch, Lin H, Liu T, Lin Sh, Pfeiffer S. Urbanization and the likelihood of a cesarean section. European Journal of OB & GY and Reproductive biology. 2008; 141: 104-110.
- Bernstein PS. Elective cesarean section: An acceptable alternative to vaginal delivery? OB & GY woman's health. 2002; 7(2): 1-3.
- Cunningham F, Bloom S, Leveno K, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics. Ghazijahani B. (Persian translator). 23rd ed. Golban; Tehran: 694-716. (In Persian)

- 17- Khany S, Shabankhani B. Can the cesarean rate be reduced in Mazandaran? Research & Scientific Journal of Mazandaran university of medical sciences. 2005; 15(45): 43-50.
- 18- Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ. Birth: Final data for 2004. National vital statistics reports. 2006; 55(1): 19-22. Cited in Firoozi M, Hadizadeh F. The survey of gynecologists and midwives about VBAC and barriers from their views. Scientific journal of Gonabad University of medical sciences. 2005; 12(2): 26-33.
- 19- Signovelli C, Cattarussa MS, Osborn E. Risk factors for cesarean section in Italy: Result of multicenter study. Public health. 1995; 109(3): 1919.
- 20- Fenwick J, Staff L, Debra K. Why do women request cesarean section in a normal healthy first pregnancy? Midwifery. 2008; 10: 1-7.
- 21- Rahnama P, Faghihzadeh S, Garshasbi E. Relationship between nullipara admission at latent phase and active phase on rate of cesarean section and cause of cesarean section. Tehran University of medical sciences Journal. 2006; 63(12): 980-985. (In Persian)
- 22- Zare F, Karimzadeh MA. The effect of hospitalization at latent phase of labor on cesarean section rates. Scientific journal of Yazd Shahid Sadooghi University of medical sciences. 2003; 11(1): 12-16. (In Persian)
- 23- Clark SL, Miller D, Belfort MA, Dildy GA, Frye D, Meyer J. Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. American Journal of OB&GY. 2009; 200: (156): 1-15.

Causes of Cesarean Section in an Educational Hospital at Zanjan University of Medical Sciences

Sakkaki M¹, Hajimiri Kh²

¹Dep. of Vice-Chancellor for Treatment, Zanjan University of Medical Sciences. Zanjan, Iran

²Dept. of Vice-Chancellor for Health, Zanjan University of Medical. Zanjan, Iran

Corresponding Author: Dep. of Vice-Chancellor for Treatment, Zanjan University of Medical Sciences. Zanjan, Iran

Email: maryamsakkaky@yahoo.com

Background and Objectives: Normal vaginal delivery is the best type of delivery in most cases; and cesarean section is restricted to cases in which vaginal delivery is accompanied with risks for mother and baby. The aim of this study was to determine rate and causes of cesarean delivery in an educational hospital in 2009.

Material and Methods: This was a cross-sectional study. Data were gathered using 467 patients' medical files and interviews with 391 women who underwent cesarean section and were recorded in a data sheet. Data were analyzed using the SPSS.

Results: The rate of cesarean section was 31.5% of all live births. The most causes of cesarean section were repeated cesarean section (29.6%), meconium staining (15%), breech presentation (14.1%), and placenta previa (10.9%).

Conclusion: The findings of the study showed that the rate of cesarean section in our selected hospital was more than the reported rates by the WHO. Based on the results, we should decrease the rate of the first cesarean sections. In order to achieve this goal, it is essential to implement interventional programs in order to change women's attitudes towards benefits of vaginal delivery. Moreover, we should admit low risk mothers in active phase of labor.

Keywords: *delivery, cesarean section, Iran*

Please cite this article as follows:

Sakkaki M, Hajimiri Kh. Causes of Cesarean Section in an Educational Hospital at Zanjan University of Medical Sciences. Nursing and Midwifery Care Journal (NMCJ); 2012; 1(2): 21-28.
