



● مقالات تحقیقی (۱)

بررسی شیوع سزارین

در مراکز تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی

چکیده

خاتمه حاملگی با عمل جراحی که اصطلاحاً سزارین نامیده می‌شود از اعمال جراحی بسیار شایع در سالهای اخیر بوده است. این عمل برای نجات جان مادر و نوزاد در زمان مخاطرات احتمالی نقش حیاتی دارد. در این مقاله به بررسی شیوع سزارین در مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاهها در تمامی استانهای کشور که حدود ۵۱ درصد کل زایمانها در آن صورت گرفته است پرداخته‌ایم و استانها را از نظر میزان فراوانی سزارین انجام شده به سه گروه، اول با سزارین کمتر از ۱۳ درصد، گروه دوم با سزارین بین ۱۴-۲۰ درصد و گروه سوم با سزارین بیش از ۲۰ درصد، تقسیم نمودیم.

در مرحله دیگر فراوانی عمل سزارین را در کل سزارین‌های انجام شده در مراکز مورد مطالعه محاسبه نمودیم و به آمار با شیوع ۲۲ درصدی عمل سزارین در این مراکز پی برده‌ایم، سپس به مقایسه آن با کشورهای پیشرفته غربی پرداخته‌ایم. و علل احتمالی بالا بودن تصمیم به سزارین در مراکز دانشگاهی را بیان نموده‌ایم.

واژه‌های کلیدی: سزارین، حاملگی، جنین

دکتر محمدحسین بدخش

استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، بیمارستان فیروزگر، گروه زنان

دکتر خلیل علیزاده

استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیةالله، بیمارستان بقیةالله، گروه ارتوپدی

سزارین براساس داستانی است که در مورد نحوه تولد سزار، سردار رومی می‌باشد. اصطلاح سزارین^(۱) نخستین بار در رنسانس بکار رفت و اولین عمل سزارین در زنان زنده

مقدمه

تاریخچه سزارین در غرب به زمان یونان و روم باستان باز می‌گردد. اصطلاح

۱- Cesarean

جدول شماره (۱): آمار زایمان در مراکز تحت پوشش دانشگاهها و کل موارد ولادت در کشور در سالهای ۱۳۷۴-۱۳۷۶

سال	موارد زایمانها در مراکز تحت پوشش دانشگاهها	کل موارد ولادت	درصد حجم نمونه
۱۳۷۴	۶۵۳۹۹۲	۱۲۱۶۳۶۹	۵۴
۱۳۷۵	۵۶۰۵۰۵	۱۱۹۵۷۵۶	۴۷
۱۳۷۶	۶۰۲۶۰۶	۱۱۷۹۶۶۱	۵۱

ولادت در کل کشورمان شامل ۱۲۱۶۳۶۹ نوزاد در سال ۱۳۷۴ و ۱۱۹۵۷۵۶ نوزاد در سال ۱۳۷۶ بوده است. که با توجه به رشد جمعیت ۱/۸ در ایران تطبیق دارد. در موارد زایمانهایی که طی این مدت در مراکز تحت پوشش دانشگاهها انجام شده است به ترتیب ۵۴ درصد، ۴۷ درصد، ۵۱ درصد موالید کشور را شامل می شود (جدول ۱).

با توجه به جدول ۱ مشخص می شود که حجم نمونه مورد مطالعه ما ۵۰/۶ درصد زایمانهای کل کشور را در سه سال فوق شامل می شود. با موجود بودن آمار زایمانها و نحوه آن در مراکز تحت پوشش دانشگاهها، مشخص نمودیم که چه درصدی از زایمانها به روش های طبیعی، سزارین یا باواکیوم و فورسپس صورت گرفته است. بنابراین محاسبات در خلال سالهای ۱۳۷۴-۱۳۷۶، ۸۲ درصد، ۷۴ درصد و ۷۵ درصد زایمانها، طبیعی انجام شد و ۱۸، ۲۳ و ۲۴ درصد در این سالها به روش سزارین و حدود ۱ تا ۲ درصد بطریق واکیوم و فورسپس انجام پذیرفته است (جدول ۲).

محاسبه درصد میانگین نحوه زایمانها در طی سالهای ۱۳۷۴-۱۳۷۶ نشان میدهد که ۷۷ درصد موارد زایمانها از راه طبیعی، ۱ درصد آنها به کمک واکیوم و فورسپس و ۲۲ درصد به طریق سزارین بوده است.

در مراکز بهداشتی - درمانی دولتی ۲۸ استان کشور بوده است که توسط مراکز درمانی دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی جمع آوری گردیده است. اطلاعات این مطالعه فاقد آمار در بخش خصوصی و زایمانها در منزل و آمار مربوط به مراکز تأمین اجتماعی می باشد. از آنجا که آمار مربوط به استانهای تازه تأسیس چون گلستان، قم و قزوین در سالهای ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵ به تفکیک موجود نبود، آمار مربوط به سال ۱۳۷۷ در این استانها در آمار مربوط به استانهایی که قبلاً در آن حوزه قرار می گرفته است ادغام گردید و نتیجه به عمل آمد. در این مطالعه آمار استان تهران مربوط به سه دانشگاه ایران، تهران و شهید بهشتی می باشد. پس از تهیه اطلاعات برای آنالیز آنها از برنامه نرم افزاری SPSS^(۳) استفاده گردید.

نتایج

با دسترس بودن اطلاعات مربوط به آمار ولادت از مرکز ثبت و احوال و آمار زایمانها و نحوه زایمانها در مراکز تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی، درصد زایمانها و نحوه زایمانها در این مراکز به تفکیک هر استان طی سالهای ۱۳۷۴-۱۳۷۶ محاسبه گردید.

طی سالهای ۱۳۷۴-۱۳۷۶ موارد

در سال ۱۸۰۰ میلادی توسط جان^(۱) و ویل^(۲) انجام شد. اما پیش از آن هندی ها، یهودی ها، یونانی ها و رومی ها با سزارین بعد از مرگ مادر، آشنایی داشته اند [۲].

افسانه سزارین در ایران بطور مکتوب توسط فردوسی در مورد تولد رستم در شاهنامه شرح داده شده است [۱]. سزارین تا اواخر قرن نوزدهم به عنوان آخرین راه ختم حاملگی در نظر گرفته می شد، چون خطرات زیادی جهت مادر و پزشکان داشت مهمترین علت سزارین در این دوره زجر جنین بوده است در اوایل قرن نوزدهم علت دیگر سزارین، تنگی محل خروج و ورودی لگن ناشی از استئومالاسی و تغییر شکل استخوانهای لگن ذکر شده است.

در قرن بیستم، ثبت آمار بیماران متداول شده است و اطلاعات دقیق تری در این مورد در دسترس می باشد. بنابر آمار ایالات متحده، از سال ۱۹۰۴ لغایت ۱۹۸۸، موارد زایمانهای سزارین از ۴/۵ درصد به ۲۵ درصد افزایش یافته است [۳].

در کشور ما این مسئله هنوز مورد بررسی قرار نگرفته است که سزارین چه نسبتی از موارد زایمانها را شامل می شود و چه تفاوتی با غرب دارد. در این مقاله با داشتن آمار مربوط به زایمانها و نحوه آن در مراکز دولتی تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی به ارائه اطلاعات به دست آمده پرداخته ایم.

روش کار

در این مطالعه اطلاعات مربوط به زاد و ولد در سالهای ۱۳۷۴ لغایت ۱۳۷۶ از آمار سازمان ثبت احوال و اداره کل خدمات درمانی حوزه محترم معاونت درمان وزارت بهداشت تهیه گردید. اطلاعات بدست آمده از وزارت بهداشت شامل زایمانهای انجام شده

۱ - John
۲ - Bell
۳ SPSS: Statistical Package for Social Science



جدول شماره (۲): نحوه زایمانها در مراکز تحت پوشش دانشگاهها در سالهای

۱۳۷۴-۱۳۷۶

سال	موارد زایمان طبیعی (درصد)	موارد واکیوم و فورسپس (درصد)	موارد سزارین (درصد)
۱۳۷۴	۵۳۱۲۰۶ (۸۲)	۵۶۳۹ (<۱)	۱۲۰۱۴۷ (۱۸)
۱۳۷۵	۴۱۴۸۶۹ (۷۴)	۱۰۳۲۶ (۲)	۱۲۵۳۱۰ (۲۴)
۱۳۷۶	۲۵۳۲۰۰ (۷۵)	۹۹۸ (۲)	۱۳۹۳۲ (۲۳)

احتمال زایمان مشکل یا مخاطره آمیز داشته‌اند به مراکز درمانی تحت پوشش وزارت بهداشت ارجاع شده‌اند، باید بگوئیم که آمار ۲۲ درصد موارد سزارین در کشور ما نسبت به آمار کشورهای غربی از جمله ایالات متحده بالاترست.

آمار سزارین در ایالات متحده در سال ۱۹۸۸، ۲۵ درصد گزارش شده است. با بررسی بعمل آمده در این کشور دلایل زیر را به عنوان افزایش میزان سزارین ذکر نموده‌اند.

۱- تعداد بارداری هر زن کاهش یافته است و تقریباً نیمی از زنان باردار شکم اول هستند بنابراین ممکن است عمل سزارین به علت وضعیت‌هایی که در زنان اول‌زا شایعتر می‌باشند، افزایش پیدا کند.

۲- احتمال انجام عمل سزارین با افزایش سن مادر بیشتر می‌شود در دو دهه اخیر میزان زایمان در زنان اول‌زای زیر ۳۰ تا ۳۹ سال دو برابر شده، که این میزان در زنان بین ۴۰ تا ۴۴ سال نیز ۵۰ درصد افزایش یافته است.

۳- تقریباً ثابت شده است که میزان عمل سزارین بعد از پایش الکترونیکی جنین در مقایسه با سمع متناوب قلب جنین بیشتر است اگر چه انجام اولیه سزارین بعلت زجر جنین تنها تعداد کمی از کل سزارینها را تشکیل می‌دهد ولی در موارد بیشتر ثبت غیر طبیعی ضربان قلب جنین توأم با مواردیکه توقف روند زایمان را نشان می‌دهند انجام سزارین را الزامی می‌نماید.

۴- نگرانی از دادخواهیهای مربوط به Malpractice
۵- عوامل اجتماعی - اقتصادی - و امور بیمه‌ای

این گروه، هرگونه اظهار نظری که تمام این موارد به طریق طبیعی زایمان نموده‌اند فاقد برهان آماری می‌باشد. همانطور که می‌دانیم موارد تصمیم به زایمان سزارین تنها مربوط به زایمانهای مشکل نمی‌باشد، بلکه تعداد زایمانهای مادر^(۱)، سن مادر در زمان اولین حاملگی و وضعیت اقتصادی اجتماعی و نیز مطالعه وضعیت نوزاد از زمان شروع درد حاملگی شامل پایش الکترو فیزیولوژی جنین^(۲) نیز در تصمیم‌گیری پزشک جهت نحوه ختم حاملگی مؤثر می‌باشد، با فقدان این آمار صحبت از عدم نیاز به سزارین در گروهی که در منزل زایمان نموده‌اند صحیح نمی‌باشد.

بنابراین آنچه که ما می‌توانیم در مورد آن به نتیجه‌گیری بپردازیم این است که بگوئیم با وجود تلاش گسترده‌ای که در امر پیشرفت بهداشت و درمان کشور صورت گرفته است، تنها نیمی از زایمانها در مراکز تحت پوشش وزارت بهداشت صورت می‌گیرد و در مواردی که زایمان در خانه صورت گرفته است، باید مطالعه جدی شود که آیا دسترسی به خدمات نیوده یا دسترسی بهداشتی کامل بوده است و با نظر پزشکان، ماماها و بهورزان ترجیحاً زایمان در منزل پیشنهاد شده است یا اینکه امکانات و دسترسی به آن نیز وجود داشته ولی سطح فرهنگی مصرف کننده خدمات پایین بوده است؟ نتیجه دوم اینکه با فرض این موضوع که مطالعه ماتورث ارجاع^(۳) دارد و مواردی که

با بررسی آمار موارد زایمانها و نحوه آن در مراکز تحت پوشش دانشگاهها در هر استان به تفکیک، درصد فراوانی تصمیم به عمل سزارین را به ۳ دسته تقسیم نمودیم.
۱- استانهایی که آمار سزارین آنها ۱۳ درصد یا کمتر بود.
۲- استانهایی که آمار سزارین آنها بین ۱۴ تا ۲۰ درصد بود.
۳- استانهایی که آمار سزارین آنها ۲۰ درصد و بیشتر بود.
نتایج در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

حجم نمونه آماری مورد مطالعه در این پژوهش طی سالهای ۱۳۷۴-۱۳۷۶، در مراکز تحت پوشش دانشگاهها ۵۱ درصد موارد را شامل می‌شود. به طوریکه حدود نیمی از موارد زایمان در کل کشور را در برمی‌گیرد. در مورد ۴۹ درصد دیگر زایمانها، درصدی در بخش خصوصی، درصدی در مراکز تحت پوشش بیمارستانهای تأمین اجتماعی و بیمارستانهای مراکز تحت پوشش نیروهای مسلح صورت گرفته است و احتمالاً درصد بالایی نیز در خانه زایمان انجام شده است.
با فقدان آمار مربوط به مرگ و میر نوزادان در حین تولد یا بعد از تولد و فوت مادر و نوزاد در حین زایمان در گروهی که در منازل زایمان نموده‌اند و فقدان آمار سن مادران در

۱- Parity

۲- Fetal electrophysiological monitoring

۳- Referral bias

جدول شماره (۳): طبقه‌بندی استانها بر حسب درصد نحوه زایمان به طریق سزارین در سه رده مختلف

نام استان		سال
سزارین بالاتر از ۲۰٪	درصد سزارین ۱۴٪ تا ۲۰٪ درصد	درصد سزارین ۱۳٪ و کمتر
آذربایجان شرقی، اصفهان، تهران، سمنان، مازندران، گیلان، همدان، یزد	آذربایجان غربی، اردبیل، چهارمحال و بختیاری، خراسان، خوزستان، کردستان، کرمان، کرمانشاه لرستان، مرکزی، کهگیلویه و بویراحمد	۱۳۷۴ ایلام، بوشهر، فارس، زنجان، سیستان و بلوچستان، هرمزگان
آذربایجان شرقی، اصفهان، تهران، خوزستان، زنجان، سمنان، کردستان، کرمان، گیلان، مازندران، همدان، یزد	آذربایجان غربی، اردبیل، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، خراسان، سیستان و بلوچستان، فارس، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، لرستان، هرمزگان	۱۳۷۵ ایلام
آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اصفهان، ایلام، تهران، خوزستان، زنجان، سمنان، کردستان، کرمان، گیلان، مازندران، مرکزی، یزد	اردبیل، بوشهر، فارس، چهارمحال و بختیاری، خراسان، سیستان و بلوچستان، فارس، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، لرستان	۱۳۷۶ سیستان و بلوچستان، هرمزگان

بطوریکه در کسانی که بیمه خصوصی دارند سزارین بالاتر است. در زنان با سطح درآمد بالا میزان سزارین نسبت به سطح درآمد پایین بیشتر است. در بیمارستانهای خلوت کمتر از بیمارستانهای شلوغ می‌باشد. اما در کشور ما با توجه به اینکه ارزیابی جنین براساس پایش الکتروفیزیولوژیک حتی در مراکز دانشگاهی مراکز استانها به ندرت صورت می‌گیرد، وضعیت درآمد سرانه و تولید ناخالص ملی نیز پائین تر از کشور مورد مقایسه می‌باشد و از طرفی اکثریت بیماران تحت پوشش خدمات بیمه عمومی می‌باشند و در زمان ازدواج و اولین زایمان، متوسط سنی متعادلی دارند و تعداد زایمانها نیز در خانمهای ایرانی بالاتر است، بنابراین انتظار داریم که آمار سزارین در کشور ما از نسبت پایین تری برخوردار باشد. در ایالات متحده از سال ۱۹۸۸ به

بازنگری موضوع زایمان به طریق سزارین پرداخته‌اند و با حذف عواملی که موجب افزایش تصمیم‌گیری نابجا بوده توانسته‌اند آمار سزارین را به ۱۳ درصد کاهش دهند [۴]. اما اگر بخواهیم راجع به علل بالا بودن سزارین در مراکز تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی کشورمان نتیجه‌گیری کنیم، فرضیه‌های زیر باید مورد نظر قرار گیرد.

- ۱- احتمال تورش ارجاع
- ۲- پائین بودن تعرفه زایمان طبیعی نسبت به سزارین و صرفه اقتصادی عمل سزارین نسبت به زایمان طبیعی
- ۳- افزایش تعداد پزشکان جوان در رشته‌های زنان و زایمان که با تکنیکهای زایمان بکمک فورسپس و واکيوم آشنائی و مهارت کمتری دارند.
- ۴- افزایش شکایت بیماران از پزشکان
- ۵- افزایش تمایل خانمهای باردار به

زایمان به طریق سزارین

- ۶- افزایش جمعیت شهرنشین و بالا رفتن سطح اقتصادی - اجتماعی
- ۷- افزایش سن اولین حاملگی
- ۸- سزارین‌های پیشین

نتیجه دیگر اینکه در مطالعه‌ای که در ایالات متحده صورت گرفته است، آمار سزارین در ایالات جنوبی آن نسبت به ایالات غربی بالاتر بوده است یعنی تفاوت جغرافیایی در آمار سزارین وجود داشته است اما در این تحقیق با مطالعه جدول ۳ به این نتیجه می‌رسیم که در کشور ما تفاوت جغرافیایی موثر نمی‌باشد. از طرفی مشخص می‌شود که در استانهایی که از محرومیت بیشتری برخوردار هستند همانند سیستان و بلوچستان، هرمزگان و ایلام آمار سزارین از ۱۳ درصد موارد بالاتر نمی‌رود و نسبت معقولی از زایمانها را تشکیل می‌دهند. ■

مراجع

۱. فردوسی ابوالقاسم. شاهنامه. تصحیح و گزینش از علی رواقی. تهران: انتشارات سروش و نگار. ۱۳۷۲؛ صفحات ۴۲ - ۴۱.
2. Aubard Y, le-Meur Y, Garndyea MH, et al. History of cesarian section. Rev Fr Gynecol Obstet 1995; 90(1): S11.
3. Williams S. Cesarean Delivery & Cesarean Hysterectomy. 20th ed. London: Prentice-Hall, 1997; P.509-531.
4. Donnally MI. Historical article biography. Nurs Times 1993; 113(10): 1206-1211. ■

